

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Numer ewidencyjny (PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Stan rodzinny (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia dzieci)

.....
.....
.....

5. Powszechny obowiązek obrony

a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony

.....

b) stopień wojskowy..... numer specjalności wojskowej

c) przynależność ewidencyjna do WKU

d) numer książeczki wojskowej

e) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP

6. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)

.....
.....

7. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1 i 2 są zgodne z dowodem osobistym

serianrwydanym przez w dniu

.....

albo innym dowodem tożsamości

.....

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.** informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Powstania Styczniowego 1 , 81-519 Gdynia**
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail iod@szpitalepomorskie.eu
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zatrudnienia **Szpitala Pomorskie Sp. z o.o.**
4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres trwania łączącego strony stosunku prawnego oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji (archiwizacji) związanej z tym stosunkiem (akt osobowych), ustalonym odrębnymi przepisami.
5. Podanie danych jest obowiązkowe i konieczne do realizacji celów, do jakich zostały zebrane.
6. Dane nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym z wyjątkiem przypadków przewidzianych przepisami prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia udzielonej zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres iod@szpitalepomorskie.eu
8. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
9. **Oświadczam że zapoznałam(-em) się z treścią**, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych ich poprawiania, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawie wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawie przenoszenia danych, prawie cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis pracownika)