



OŚWIADCZENIE BENEFICJENTA OSTATECZNEGO ZADANIA

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Dane osobowe przekazane przez osoby beneficjenta ostatecznego zadania, realizowanego w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2008 r. Nr 14, poz. 92 z późn. zm.), do Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego Oddział w Koninie (ul. Szymanowskiego 4, 62-510 Konin) oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (Al. Jana Pawła II 13). Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy beneficjent ostateczny zadania posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości uczestnictwa w zadaniu.

.....
(imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego zadania)

.....
(PESEL)

.....
(adres beneficjenta ostatecznego zadania: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego – Oddział w Koninie (ul. Szymanowskiego 4, 62-510 Konin) oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie (Al. Jana Pawła II 13), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
data i podpis beneficjenta ostatecznego zadania

