



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Aby stać się członkiem Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof, należy wypełnić poniższy formularz.

UWAGA: O przyjęciu do Towarzystwa decyduje Zarząd Główny. O decyzji Zarządu kandydat zostanie niezwłocznie poinformowany pocztą.

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof.

1. Imię i nazwisko:
2. Data urodzenia:
3. Adres e-mail:
4. Telefon:
5. Stopień lub tytuł naukowy:
6. Zawód:
7. W przypadku lekarzy proszę podać posiadane specjalizacje:
8. Numer Prawa Wykonywania Zawodu:
9. Miejsce pracy:
10. Miejsce zamieszkania:

- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się ze statutem Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof.*
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Deklaracji Członkowskiej PTMK na potrzeby realizacji celów statutowych Towarzystwa zgodnie z aktualnie obowiązującą Ustawą o Ochronie Danych Osobowych.*
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną od Zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof informacji dotyczących działalności Zarządu, a także organizowanych szkoleń, badań naukowych i konferencji.*
- Wyrażam zgodę na ujawnienie innym członkom Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof mojego imienia i nazwiska oraz adresu mailowego.*
- Zobowiązuję się do wniesienia wymaganej składki członkowskiej na nr konta Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof.*

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

* Wymagana zgoda



KLAUZULA INFORMACYJNA

Informuję, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polskie Towarzystwo Medycyny Katastrof, zwane dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:

- wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO),
- pozostawania w kontakcie ze strukturami Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof (art 6 ust. 1 lit. RODO).
- weryfikacji przez Biuro Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof prawidłowego realizowania przez członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof praw i obowiązków członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof – zapewnienia członkom Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof udziału w rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Medycyny Katastrof konferencjach, zjazdach, prelekcjach i innych wydarzeniach naukowych (art 6 ust. 1 lit. f RODO). Przetwarzanie danych jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora.
- w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami (art 6 ust. 1 lit. f RODO). Przetwarzanie danych następuje na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom działającym na zlecenie Administratora, tj. dostawcy usług i rozwiązań teleinformatycznych, systemów informatycznych Polskiego Towarzystwa Medycyny Katastrof.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne celem prawidłowego realizowania praw i obowiązków związanych z członkostwem w Polskim Towarzystwie Medycyny Katastrof. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami.

W zakresie, w jakim dane będą przetwarzane dla realizacji naszych prawnie uzasadnionych interesów, mogą być one przez nas przechowywane dla celów ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami, do momentu przedawnienia tych roszczeń.

W przypadku przetwarzania danych osobowych na podstawie zgody w każdym momencie może Pani/Pan wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Posiada Pani/Pan prawo do zadania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, przenoszenia danych a także wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

W celu wykonania powyższych uprawnień należy skontaktować się z Polskim Towarzystwem Medycyny Katastrof poprzez e-mail: ptmk@ptmk.org.

Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)