Szanowni Państwo,

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu, ul. Fredry 10, informuje, że zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem 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) zwane RODO:

1.Administratorem Państwa danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu, ul. Fredry 10 61-701 Poznań, ………………………………………………

…………………………………………………………………………………………. mająca siedzibę przy ul. ………………………… …………………….Poznań (*tu wpisujemy nazwę i adres jednostki/katedry /kliniki prowadzącej badania).*

2. Państwa dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji projektu badawczego ……………………………………………………………………………………………………………….*( tu wpisać nazwę projektu).*

3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora danych przez okres uzależniony od celu przetwarzania danych osobowych tj. przez okres 20 lat.

4. Państwa dane osobowe mogą być przekazywane przez Administratora danych podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa w celu realizacji projektu badawczego.

5. Przysługuje Państwu prawo do uzyskania informacji dotyczącej przetwarzania przez Administratora danych żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania swoich danych, prawo do przenoszenia dostarczonych danych, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

6. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2 w Warszawie, jeżeli uznacie Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

7. We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z ich przetwarzaniem można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych za pomocą e-mail: iod@ump.edu.pl.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

………………………………………………………………….

Imię i nazwisko

……………………………………………………………………

Adres zamieszkania

……………………………………………………………..

PESEL

…………………………………………………………………

Adres e-mail

…………………………………………………………………..

Nr telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie danych identyfikacyjnych (imię, nazwisko, PESEL), kontaktowych (adres, telefon, e-mail) oraz danych medycznych uzyskanych z wypełnionych ankiet i wyników wykonanych badań, a także danych pozyskanych w trakcie obserwacji i nadzoru przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego z siedzibą w Poznaniu, ul. Fredry 10, ……………………………………………………………………………………………………………………………mająca siedzibę przy ul. ………………………………………………………………………, ………………. Poznań w celu realizacji projektu badawczego …………………………………………………………………………………………………………………………

na podstawie 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) zwane RODO Art.6 ust. 1 lit. a, Art.9 ust. 2 lit. a.

Podpis osoby wyrażającej zgodę: ………………….....................................................................................

Miejsce i data………………………………………………………………………………………..