|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ (IMIONA): |  | NAZWISKO: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| DATA URODZENIA: |  |  |  |  |  |
|  | (DZIEŃ-MIESIĄC-ROK) |  (MIEJSCE URODZENIA) |   |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| NR TELEFONU: |  |  | ADRES E-MAIL: |  |  |  |
|  |
| ADRES ZAMIESZKANIA: |  |  |  |  |
|  | (ULICA/WIEŚ\*niepotrzebne skreślić) |  (NR DOMU, MIESZKANIA) |
|  |  |  |  |  |
|  | (KOD POCZTOWY) |  | (MIEJSCOWOŚĆ) |
|  |
| ADRES KORESPONDENCYJNY: |  |  |  |  |
|  | (ULICA/WIEŚ\*niepotrzebne skreślić) |  (NR DOMU, MIESZKANIA) |
|  |  |  |  |
|  | (KOD POCZTOWY) |  | (MIEJSCOWOŚĆ) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |   |
|  | (miejscowość, data) |  | (podpis) |  |  |

**KARTA ZGŁOSZENIA**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(nazwa szkolenia/konferencji)

**PROSZĘ WYPEŁNIĆ KOMPUTEROWO LUB DRUKOWANYMI LITERAMI**

Strona 1 z 2

**KARTA ZGŁOSZENIA NA STUDIA PODYPLOMOWE**

**Oświadczenie**

[ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wszystkich przekazanych przeze mnie informacji przez administratora danych Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi z siedzibą w Łodzi (90-261), ul. Piotrkowska 278, dla potrzeb rejestracji a następnie postępowania rekrutacyjnego zgodnie z 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 ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz.1000)

Każda osoba ma prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania oraz prawo do wycofania udzielonej zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, które odbywało się na jej podstawie, zanim została wycofana. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do procesu rekrutacji.

[ ]  Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych (w szczególności oferty edukacyjnej) za pośrednictwem poczty elektronicznej, telefonu stacjonarnego lub wiadomości SMS zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2020.344 j.t) oraz ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U.2019.2460 t.j.) dotyczących Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi.

[ ]  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocyjnych przez Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi.

 …………………………….. ……………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi (dalej WSBiNoZ w Łodzi), NIP 729-261-54-49, z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 278, 90-361 Łódź.

W WSBiNoZ w Łodzi został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować pod adresem e-mail: iod@wsbinoz.pl.

Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji, przebiegu studiów i działań związanych z monitorowaniem i egzekucją opłat, jak też w celach archiwalnych oraz zgodnie treścią udzielonych Administratorowi zgód. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów Ustawy z dnia : Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018 poz. 1668 z poźń. zm.) w związku z trybem i warunkami rekrutacji ustalonymi przez Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi. Konsekwencją niepodania danych jest wstrzymanie postępowania rekrutacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania są czynności związane z wykonaniem umowy, wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikające z przepisów o szkolnictwie wyższym oraz może być zgoda osoby, której dane dotyczą.

Dane dotyczące przebiegu studiów będą przetwarzane zgodnie z terminami wskazanymi w przepisach o szkolnictwie wyższym i powinny być archiwizowane przez 50 lat. Dane dotyczące wykonania umowy stanowiącej podstawę do świadczenia usług edukacyjnych będą archiwizowane przez 10 lat (z uwagi na ogólne i szczególne terminy przedawnienia roszczeń). Dane przetwarzane w celach marketingowych będą przetwarzane do czasu, w którym ustanie cel, dla którego zostały zebrane lub sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w zależności, co nastąpi pierwsze. Każdy ma prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

………………………………. ……………………………………

 (miejscowość, data) (podpis)

Strona 2 z 2