**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**dla celów ewidencyjnych i kontaktowych lekarza dokonującego rozliczenia punktów edukacyjnych w celu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego**

1. **Dane osobowe do celów ewidencyjnych:**
   1. Nazwisko: ……………………………………………………………………………………
   2. Imiona: ………………………………………………………………………...……………
   3. Adres do korespondencji :

a) miejscowość: ………………………………..

b) ulica: ……………………………………………

c) nr domu: …………………………………….

d) nr lokalu: ……………………………………..

e) kod pocztowy: ………………………………

1. **Dane do celów kontaktowych:**
   1. Numer telefonu: …………………………………………………………………………
   2. Adres email:……………………………………………………………………………….

Oświadczam, iż wszystkie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania OIL w Warszawie o wszelkich zmianach powyższych danych.

**Klauzula informacyjna**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z siedzibą w Warszawie (02-512), ul. Puławska 18
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@oilwaw.org.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozliczenia punktów edukacyjnych (zgodnie[art. 19 Ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty](https://izba-lekarska.pl/wp-content/uploads/2015/02/lex-dz-u-2015-464-zawody-lekarza-i-lekarza-10.pdf))na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. e ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat po zakończonym okresie rozliczeniowym.
6. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozliczenia punktów edukacyjnych.

☐Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami.

……………......................................... ………………………………………………

Miejscowość, data

Podpis Lekarza   
składającego dokumenty do weryfikacji   
w celu wyliczenia punktów edukacyjnych

1. **Zgoda na przetwarzanie danych w celu wzięcia udziału w losowaniu nagród przyznawanych przez Okręgowa Izbę Lekarską w Warszawie.**

☐Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.UE.L.119.1) W przypadku uzyskania ≥ 200 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu wzięcia udziału w losowaniu nagród przyznawanych przez Okręgowa Izbę Lekarską w Warszawie dla lekarzy, którzy   
w 20…. roku dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego.

☐ zapoznałam/em się z Regulaminem losowania nagród (załącznikiem do uchwały nr 26/R-VII/17ORL   
w Warszawie z dnia 21 kwietnia 2017 r.) i akceptuję jego warunki.

……………………………………… ………………………………………………

Podpis Lekarza   
który dopełnił obowiązku doskonalenia zawodowego

Miejscowość, data

1. **Dane do celów rozliczeniowych z tytułu otrzymania nagrody dla lekarzy, którzy dopełnili obowiązku doskonalenia zawodowego (lekarz wypełnia po wylosowaniu nagrody):**
   1. Nazwa banku: …………………………………………………………………………………..
   2. Nr rachunku: …………………………………………………………………………….………

*(musi być 26 cyfr)*

☐Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.U.UE.L.119.1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w celu dokonania przelewu na konto   
w związku z wygraną.

☐wyrażam zgodę na rejestrowanie mojego wizerunku podczas wręczania zaświadczeń potwierdzających wygraną oraz wykorzystanie mojego wizerunku poprzez umieszczenie zdjęć na stronie internetowej OIL   
w Warszawie, na portalu FB OIL w Warszawie oraz w miesięczniku PULS zgodnie z ustawa o prawie autorskim i pokrewnych z dnia 29 kwietnia 2016 roku.

……………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data

Podpis Lekarza