

Deklaracja przystąpienia do Partii „Wspólnie dla Zdrowia”

Ja, niżej podpisana/y deklaruje przystąpienie do Partii „Wspólnie dla Zdrowia”, potwierdzam znajomość Statutu Partii i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów statutowych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych.

**Wypełnia kandydat (Prosimy o czytelne wypełnienie drukowanymi literami):**

Imię (imiona) i nazwisko:

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Adres korespondencji tradycyjnej (jeśli jest inny, niż adres zamieszkania)

Telefon

Poczta e-mail

Data i czytelny podpis

.....

**Wypełnia upoważniony przedstawiciel organu Partii:**

Potwierdzam przyjęcie w poczet członków Partii „Wspólnie dla Zdrowia”.

Data i podpis i pieczęć

## INFORMACJA RODO

Administratorem PANI/PANA danych osobowych jest Partia „WDZ” a kontakt do inspektora danych osobowych jest możliwy na adres e-mail: [rodo@wspolniedlazdrowia.pl](mailto:rodo@wspolniedlazdrowia.pl)

1. Dane będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami na potrzeby działalności statutowej Partii.
2. Mają Państwo prawo do uzyskania informacji o przetwarzanych danych, ich sprostowania, usuwania na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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).
3. Państwa dane mogą być przekazywane organom władzy publicznej w zakresie określonym przez obowiązujące prawo oraz podmiotom świadczącym na rzecz Partii usługi umożliwiające jej działalność.
4. Organem nadzorczym w zakresie prawidłowości przetwarzania danych osobowych jest Prese Urzędu Ochrony danych Osobowych w Warszawie