

# PŘIHLÁŠKA do ZO OS ECHO Farmak a.s. Olomouc



**Jméno, příjmení, titul:**

**Osobní číslo, středisko, klapka:**

**Bydliště, PSČ:**

**Datum narození:**

**Telefonní číslo:**

**E-mail:**

Děti (jméno)

Datum narození

Děti (jméno)

Datum narození

Děti (jméno)

Datum narození

Děti (jméno)

Datum narození

Elektronický podpis: Zadáním mého jména a příjmení do níže uvedeného pole potvrzuji, že jsem si přečetl/a a plně rozumím uvedeným informacím a vyjadřuji svůj souhlas se zpracováním mých osobních údajů uvedených v tomto formuláři.

**Jméno a příjmení:**

**Datum:**

Potvrzuji, že:

1. Souhlasím se zpracováním následujících osobních údajů:

- Jméno a příjmení
- Datum narození
- Osobní číslo/Středisko/ Klapka
- Adresa bydliště
- Telefonní číslo
- E-mailová adresa
- Jména a data narození dětí (pokud je uvedeno)

2. Účel zpracování: Údaje jsou zpracovány za účelem administrace členství, komunikace ohledně činností a událostí ZO OS ECHO Farmak a.s. Olomouc a dalších přidružených administrativních účelů.

3. Práva subjektu údajů: Jsem si vědom/a svých práv na přístup k údajům, opravu, vymazání, omezení zpracování, právo na přenositelnost údajů a právo vznést námitku proti zpracování. Mám také právo kdykoliv odvolat tento souhlas.

4. Dobrovolnost souhlasu: Souhlas poskytuji dobrovolně bez jakéhokoli nátlaku či důsledků za nesouhlas.

Jsem si vědom/a, že tento souhlas mohu kdykoliv odvolat.  
Svým jménem a příjmením v poli výše potvrzuji, že jsem byl/a řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů a že údaje poskytuji pravdivě a dobrovolně.