

Formularz noclegowy

.....
(miejscowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

DS Nr Pokój

Kierownik

.....

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zakwaterowanie w wolnym pokoju

w dniach:

Typ i numer dokumentu:

Nr telefonu:

Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje wynikające z obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO³:

- 1) Administratorem Danych Osobowych, jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - ul. Poniańskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 2083600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;
- 2) Aktualne dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych SUM dostępne są pod numerem tel. 32 208 36 00 oraz iod.sum.edu.pl;
- 3) Dane osobowe przetwarza się w celu realizacji usługi udostępnienia wolnego pokoju na podstawie Zarządzenia nr 134/2008 z dnia 09.12.2008 r. z późn. zm. w sprawie wprowadzenia „Regulaminu DS Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.”
- 4) Odbiorcami danych osobowych są merytorycznie odpowiedzialni pracownicy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach posiadający upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Odbiorcami danych mogą być także kontrahenci SUM realizujący usługi w szczególności w zakresie ochrony osób i mienia oraz inne organy publiczne, które zwrócą się z prawnie uzasadnionym wnioskiem o udostępnienie danych osobowych.
- 5) Przekazanie danych osobowych przez SUM do Państwa trzeciego zostanie Pani/Pan poprzedzone wnioskiem o wyrażenie zgody we wnioskowanym zakresie.
- 6) Dane będą przechowywane przez okres 5 lat – zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną dla Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.
- 7) Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia

³ **Rozporządzenie RODO** - Rozporządzenie 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)

lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania i prawo do przenoszenia danych;

- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi na przetwarzanie danych osobowych do organu nadzorczego;
- 10) Podanie danych osobowych jest wymogiem niezbędnym do uregulowania kwestii finansowych wynikających z usługi udostępnienia wolnego pokoju jak również zapewnienia ochrony osób i mienia. Niepodanie danych osobowych uniemożliwi realizację ww. usługi.
- 11) W przypadku przetwarzania podanych danych osobowych nie zachodzi zautomatyzowane podejmowanie decyzji.

W przypadku niedostatecznego zrozumienia znaczenia ww. treści możliwe jest uzyskanie informacji poprzez kontakt z Inspektorem Ochrony Danych SUM, którego dane kontaktowe dostępne są na stronie internetowej <http://iod.sum.edu.pl> oraz pod numerem tel. 32 2083630.

Niżej podpisana/y oświadczam, że przedstawiona treść obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 Rozporządzenia RODO jest dla mnie zrozumiała.

Niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem DS SUM i zobowiązuję się go przestrzegać.

Niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach z siedzibą przy ul. Poniatowskiego 15 w Katowicach, w celu realizacji usługi noclegowej.

Decyzja Kierownika DS lub osoby przez niego upoważnionej.

Opłatę w wysokości zł uiszczono (dowód opłaty w załączeniu)