załącznik nr 1 do Statutu

**Deklaracja przystąpienia do**

**Porozumienia Łódzkiego - Łódzkiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nazwa podmiotu leczniczego/praktyki** |  | | | | |
| **adres** | **ulica** | | | **nr domu** | **nr mieszkania** |
| **kod pocztowy** | **miejscowość** | **powiat** | | |
| **telefon** |  | | | | |
| **fax** |  | | | | |
| **adres e-mail** |  | | | | |
| **populacja objęta POZ** |  | | | | |
| **Wysokość kontraktu w ramach AOS** |  | | | | |
| **pieczęć** |  | | | | |

Poniższą tabelę wypełniają:

* Właściciel podmiotu/praktyki w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą
* Wszyscy członkowie spółki w przypadku spółki cywilnej
* W przypadku spółek prawa handlowego wypełnia osoba wskazana do reprezentacji w KRS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO | OSOBA DO KONTAKTU (TAK/NIE) | TELEFON (WYPEŁNIA OSOBA DO KONTAKTU) | ADRES E-MAIL (WYPEŁNIA OSOBA DO KONTAKTU) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się i akceptuję zapisy Statutu Porozumienia Łódzkiego – Łódzkiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia, świadomie i dobrowolnie przystępuję do tej organizacji, tworząc jej siłę i bezpieczeństwo mojej firmy.

Miejscowość............................. Data............................. Podpis ............................... ……………………

………………….. …………………..

………………………….

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych:

Administratorem danych podanych w deklaracji jest Porozumienie Łódzkie Łódzki Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia, z siedzibą w Łodzi, przy ul. Wigury 9/6. Dane osobowe zbierane są w celu ich przetwarzania na potrzeby przeprowadzenia procedury przyjęcia w poczet członków Związku zgodnie ze statutem Związku. Dane nie będą udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt. 6 ustawy o ochronie danych osobowych. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści jej danych oraz możliwość ich poprawiania. Dane są podawane dobrowolnie przez osoby, których one dotyczą, jednak bez ich podania nie jest możliwe dalsze rozpatrywanie kandydatury podmiotu na członka Związku.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych\*:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych przeze mnie w Deklaracji Przystąpienia do Porozumienia Łódzkiego - Łódzkiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia z siedzibą w Łodzi przy ul. Wigury 9/6 w celu przeprowadzenia procedury przyjęcia w poczet członków Związku zgodnie ze statutem Związku. Zapoznałem/zapoznałam się z pouczeniem dotyczącym prawa dostępu do treści moich danych i możliwości ich poprawiania. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem moich danych osobowych zawartych w deklaracji, a tym samym zaprzestaniem kontynuowania procedury przyjęcia podmiotu w poczet członków Związku.

Data......................................... Podpis..........................................

\*Zgodę podpisują wszystkie osoby, które wypełniły drugą tabelę.