

**DEKLARACJA CZŁONKOSTWA W STUDENCKIM KOLE NAUKOWYM  
„NIEPODZIELNE ZDROWIE”**

Imię i nazwisko: .....

Kierunek i rok studiów: .....

Numer albumu: .....

Numer telefonu: .....

Adres mailowy: .....

Niniejszym wnioskuję o zostanie członkiem Studenckiego Koła Naukowego „Niepodzielne Zdrowie” działającego przy Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I.

Zapoznałam / zapoznałem się ze Statutem Studenckiego Koła Naukowego „Niepodzielne Zdrowie” działającego przy Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

Zgodnie z rozporządzeniem 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, dalej RODO, Dz. Urz. UE L 2016, Nr 119), informujemy że:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Poznańska Akademia Medyczna Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I (dalej: „administrator”).
2. Dane osobowe podane w formularzu zgłoszeniowym będą przetwarzane w celach związanych z działalnością organizacji studenckich zrzeszających studentów Poznańskiej Akademii Medycznej Nauk Stosowanych im. Księcia Mieszka I, jak również w celu prawidłowego kontaktowania się z Państwem i przekazywania niezbędnych informacji.
3. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w związku z art. 111 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce – umożliwienie studentom zrzeszania się w uczelnianych organizacjach studenckich i przeznaczanie środków na realizację ich działań oraz art. 6 ust. 1 lit. f) RODO – Pana / Pani dane osobowe będą przetwarzane w związku z uzasadnionym interesem realizowanym przez administratora.
4. Pani / Pana dane osobowe bez wcześniejszej zgody nie będą udostępniane podmiotom zewnętrznym. Dane osobowe mogą być ujawnione instytucjom uprawnionym do kontroli działalności administratora, a także podmiotom uprawnionym do dostępu do danych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do zrealizowania celów, w których zostały zebrane, określonych w pkt 3, a następnie zostaną zarchiwizowane na okres przewidziany przepisami prawa.
6. Przysługuje Pani / Panu prawo żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania – w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach RODO. Przysługuje Pani / Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Przysługuje Pani / Panu także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, z przyczyn związanych z Pani / Pana szczególną sytuacją – zgodnie z art. 21 ust. 1 RODO.
8. Podanie przez Panią / Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do zrealizowania celów, o których mowa w pkt 2. W razie niepodania danych nie będzie możliwe Pani / Pana członkostwo w Kole Naukowym „Niepodzielne Zdrowie”, jak również prawidłowe kontaktowanie się z Panią / Panem i przekazywanie niezbędnych informacji w sprawach związanych z działalnością uczelnianych organizacji studenckich.

.....  
(data i podpis studenta)

Zatwierdzenie przez Zarząd: .....

.....  
(data, imię i nazwisko, funkcja w Zarządzie)

(data, imię i nazwisko, funkcja w Zarządzie)