Obowiązek informacyjny – uczestnicy kursu

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
2. Kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: iod@umb.edu.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą **w celu realizacji kursu w ramach szkolenia ciągłego farmaceutów** na podstawie **Art. 6 ust. 1 lit. b** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
4. Pani/Pana dane osobowe będą ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora Danych (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku).
5. Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres 3 lat od momentu zakończenia umowy,
6. posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora Danych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
7. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji i zaliczenia kursu.

……………………………………….

 Data i podpis uczestnika kursu