Imię i nazwisko Przedstawiciela ustawowego: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE/ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

 **„Impreza Turystyczna**” **pn.** **Między kartami baśni Andersena**

Ja, niżej podpisany/a, działając w imieniu i na rzecz Dziecka jako Jego przedstawiciel ustawowy oraz w imieniu własnym, niniejszym: (zaznaczyć znak x w rubryce)

* oświadczam i potwierdzam, iż jestem przedstawicielem ustawowym Dziecka:
1. imię i nazwisko, data urodzenia dziecka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. imię i nazwisko, data urodzenia dziecka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. imię i nazwisko, data urodzenia dziecka\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

i przysługuje mi pełnia praw pozwalających na samodzielne reprezentowanie Dziecka i złożenia wszelkich oświadczeń oraz udzielenia wszelkich zgód przewidzianych w niniejszym Oświadczeniu.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) (zaznaczyć znak x w rubryce)

* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka/dzieci w zakresie: imienia i nazwiska oraz daty urodzenia w celu utworzenia przez Okręgową Izbę Lekarską w Szczecinie listy uczestników Imprezy Turystycznej, odbywającej się w dniach 08 – 11.07.2020r.,
* wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych dziecka/dzieci w zakresie: imienia i nazwiska oraz daty urodzenia Organizatorowi Imprezy Turystycznej:

UNITY LINE LIMITED z siedzibą w Limassol, Cypr działająca w Polsce przez swój oddział:

UNITY LINE LIMITED SPÓŁKA Z O.O. ODDZIAŁ W POLSCE z siedzibą w Szczecinie

adres: Pl. Rodła 8, 70-419 Szczecin, tel.: 091 35 95 679; 091 35 95 877, e-mail: grupy@unityline.pl

w celu realizacji obowiązków nałożonych na Organizatora Turystyki, w tym zawarcia umowy ubezpieczenia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /miejscowość, data sporządzenia zgody/ /czytelny podpis osoby udzielającej zgodę/

*Informacja dotycząca zasad przetwarzania danych osobowych,*

*wypełniając obowiązek wynikający z art. 13ust. 1i2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.(Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, że* ***Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest*** *Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel. kontaktowy: 91 487 49 36 (centrala);e-mail:* *biuro@oil.szczecin.pl**. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w związku z wykonaniem umowy zawartej pomiędzy OIL Szczecin a Organizatorem Turystyki, w celu realizacji obowiązków nałożonych na Organizatora Turystyki, wynikających z przepisów prawa oraz prawnie uzasadnionego interesu Organizatora Turystyki (art.6 ust.1 lit. c) f) RODO). Dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celów, czyli powrotu z Imprezy turystycznej. Jest Pani/Pan świadomy(a), że w każdej chwili może wycofać zgodę przesyłając informację na adres e-mail* *biuro@oil.szczecin.pl**. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści jej danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także ich przenoszenia, granicach określonych prawem. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli przetwarzanie danych osobowych narusza obowiązujące przepisy prawa. We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących na mocy Rozporządzenia może Pani/Pan kontaktować się Inspektorem Ochrony Danych OIL w Szczecinie****,*** *e-mail: iod@oil.szczecin.pl.*