

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a :

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a :

(adres zamieszkania, kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

Wyrażam zgodę na:

Gromadzenie, przetwarzanie oraz archiwizowanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z przepisami art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922, z późn. zm.), do celów związanych z organizacją kursu psychoterapii. Administratorem danych osobowych jest: Fundacja dla Celów Rozwoju Podejścia Psychobiospółecznego w Medycynie „PSYCHOMED” z siedzibą przy Placu Teodora Axentowicza 6/2, 30-034 Kraków.

.....

Czytelny podpis i data

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a :

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a :

(adres zamieszkania, kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

Wyrażam zgodę na:

Gromadzenie, przetwarzanie oraz archiwizowanie moich danych osobowych w tym tzw. danych wrażliwych, zgodnie z przepisami art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016r. poz. 922, z późn. zm.), do celów szkolenia w psychoterapii. Administratorem danych osobowych jest: Katedra Psychoterapii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum z siedzibą przy ul. Lenartowicza 14, 31-138 Kraków.

.....

Czytelny podpis i data

