

....., dnia ..... roku

.....

**Polskie Towarzystwo Alergologiczne**

Ul. Kopcińskiego 22

90-153 Łódź

Tel.: +48 42 677 69 48

Fax: +48 679 03 16

Email: pta@pta.med.pl

Ja, niżej podpisana/y, ....., będąc członkiem Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, w związku z ubieganiem się przeze mnie o uzyskanie statusu EAACI National Allergy Society Dual Membership - podwójnego członkostwa w PTA oraz w European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), uprawniającego do uzyskania zniżek składki członkowskiej na rzecz EAACI, **oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** w celu niezbędnym do weryfikacji moich uprawnień do uzyskania oraz utrzymania statusu EAACI National Allergy Society Dual Membership.

Powyższa zgoda obejmuje w szczególności zgodę na przesyłanie przez PTA do EAACI z siedzibą w Zurychu, Szwajcaria, moich danych osobowych obejmujących:

1. imię i nazwisko,
2. informację o członkostwie w PTA oraz statusie członkostwa,
3. informację o opłaceniu przeze mnie składek członkowskich w PTA.

Jednocześnie potwierdzam, że zostałam/em poinformowany, że:

- a) wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne, aczkolwiek konieczne w celu uzyskania statusu podwójnego członkostwa EAACI National Allergy Society Dual Membership
- b) niniejsza zgoda stanowi podstawę prawną ww. przetwarzania danych osobowych,
- c) przysługuje mi prawo do żądania dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- d) dane osobowe będą przetwarzane na podstawie niniejszej zgody przez okres niezbędny do weryfikacji uprawnień do uzyskania statusu podwójnego członkostwa EAACI National Allergy Society Dual Membership

.....