



OŚWIADCZENIE

OST-MED. SP. Z O.O. informuje , że:

1. Administratorem danych osobowych jest OST-MED SP. Z O.O. z siedzibą w Ostrowi Mazowieckiej ul. Dubois 4/1, 07-300 Ostrów Mazowiecka. Kontakt z administratorem jest możliwy : pod wyżej wskazanym adresem; za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: ostmed@post.pl; pod numerem telefonu 536 593 602
2. Dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez OST-MED SP. Z O.O. wyłącznie w takim zakresie , jaki jest niezbędny do realizacji celów statutowych firmy OST-MED. SP. Z O.O.
3. Każdy, którego dane osobowe gromadzi OST-MED. SP. Z O.O. , ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania, jak również do żądania ich usunięcia.
4. Firma OST-MED. SP. Z O.O. gromadzi jedynie dane osobowe podane dobrowolnie. Firma OST-MED. SP. Z O.O. informuje , że nikt nie ma obowiązku podania danych osobowych jakkolwiek odmowa podania danych osobowych może skutkować niemożnością zakwalifikowania do Projektu
5. Zgromadzone dane osobowe są chronione zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa . Zgromadzone dane osobowe OST-MED. SP. Z O.O. może udostępnić jedynie spółkom należącym do grupy kapitałowej OST-MED. oraz Europejskiemu Funduszowi Społecznemu.
6. Firma OST-MED. SP. Z O.O. dokłada wszelkich starań , aby gromadzonym danym osobowym zapewnić jak najwyższy stopień bezpieczeństwa.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam , że zostałem(-am) poinformowany (-a) o celach pozyskania moich danych osobowych oraz wyrażam dobrowolną zgodę na zbieranie i przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002r. Nr 101, poz.926, z późn. zm.) przez OST-MED. SP. Z O.O. Zostałem (-am) poinformowany (-a) o przysługującym mi prawie wglądu do danych oraz ich poprawiania i uzupełniania.

.....
Data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

