DOP.0210.91.2023

Zarządzenie Nr 91/2023

Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z dnia 20 lipca 2023 r. w sprawie zmiany Zarządzenia Nr 25/2022 w sprawie powołania i nadania Regulaminu Alumni Club PUM

Na podstawie art. 23 ust. 1 w ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2023 r. poz. 742 z późn. zm.), §4a ust. 1 Regulaminu Organizacyjnego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie wprowadzonego Zarządzeniem Nr 103/2019 Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z dnia 13 września 2019r., w związku z uchwałą Nr 5/2022 Senatu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z dnia 23 lutego 2022 r. w sprawie zaopiniowania zamiaru utworzenia Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie zarządzam, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 25/2022 Rektora Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z dnia 8 marca 2022 r. w sprawie powołania i nadania Regulaminu Alumni Club PUM wprowadzam następujące zmiany:

1) załączniki Nr 1-6 do Regulaminu Alumni Club PUM otrzymują brzmienie jak załączniki Nr 1-6 do niniejszego Zarządzenia,
2) po załączniku Nr 6 do Regulaminu Alumni Club PUM dodaję załącznik Nr 7 w brzmieniu jak załącznik Nr 7 do niniejszego zarządzenia.

§2.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

prof. dr hab. Bogusław Machaliński

Rektor PUM

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ALUMNI CLUB POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Alumni Club PUM

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO ALUMNI CLUB

Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Imię i nazwisko na dyplomie ☐ ukończenia studiów w PUM * ☐ nadania stopnia doktora PUM *	
Numer dyplomu ☐ ukończenia studiów w PUM * ☐ nadania stopnia doktora PUM * ☐ nadanie stopnia doktora PUM bez numeru *	
Rok wydania dyplomu lub nadania godności ☐ ukończenia studiów w PUM * ☐ doktoranta *	
Nazwa Wydziału	
Nazwa kierunku **dotyczy absolwentów PUM*	

**proszę zaznaczyć właściwe*

Imię i Nazwisko – obecne	
Adres do korespondencji pocztą tradycyjną	
Adres e-mail	
Numer telefonu kontaktowego **w celu ułatwienia kontaktu*	

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

ALUMNI CLUB POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

Niniejszym zgłaszam przystąpienie w charakterze członka do Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie (70-204) przy ul. Rybackiej 1.

Oświadczenia:

- ☐ Oświadczam, że wszystkie dane podane w deklaracji są zgodne z prawdą i zobowiązuję się niezwłocznie informować Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie o każdej ich zmianie.
- ☐ Oświadczam, że akceptuję postanowienia Regulaminu Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie (https://www.pum.edu.pl/uniwersytet/uczelnia/alumniclub) i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany adres e-mail informacji związanych z działalnością informacyjną, promocyjną i integracyjną Alumni Club PUM.

....

(miejscowość, data wypełnienia) (podpis)

Data i podpis przyjmującego deklarację (ABK PUM):

Data i podpis osoby potwierdzającej zgodność danych z dyplomem (Dziekanat):

Nr w rejestrze Członków/Numer legitymacji (wypełnia pracownik PUM):

PUM / /

Uwagi: dane osobowe należy wypełnić czytelnie.

Załączniki:

1. *Klauzula informacyjna,*
2. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,*
3. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku*
4. *Potwierdzenie uiszczenia opłaty*

Załącznik Nr 2 do Regulaminu Alumni Club PUM

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y……..……...

Adres do korespondencji …….... posiadająca/y adres e-mail ……..... w związku z uchwałą Kapituły Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie podjętą w dniu ……

wyrażam zgodę na otrzymywanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany adres e-mail informacji związanych z działalnością informacyjną, promocyjną i integracyjną Alumni Club PUM.

…….. ……..

(miejscowość, data wypełnienia) (Podpis)

Data i podpis przyjmującego oświadczenie (ABK PUM):

Załączniki:

1. *Klauzula informacyjna,*
2. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,*
3. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku*

Załącznik Nr 3 do Regulaminu Alumni Club PUM

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ……..…….. adres do korespondencji …….. posiadająca/y adres e-mail ……

(dotyczy osoby fizycznej)

/działająca/y w imieniu i na rzecz …… z siedzibą ……..…….. wpisanej/y do ……. (wpisać właściwy Rejestr oraz numer Rejestru) *[1]

(*dotyczy osoby prawnej albo jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej*)

wyrażam zgodę

przyjęcia mnie/……..* *(wskazać nazwę osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej)*

jako Członka Wspierającego

Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

[1] Nie potrzebne skreślić

Oświadczenia:

☐ Oświadczam, że wszystkie dane podane w deklaracji są zgodne z prawdą i zobowiązuję się niezwłocznie informować Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie o każdej ich zmianie.

☐ Oświadczam, że akceptuję postanowienia Regulaminu Alumni Club Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i zobowiązuję się do ich przestrzegania (https://www.pum.edu.pl/uniwersytet/uczelnia/alumniclub).

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie za pomocą środków komunikacji elektronicznej na podany adres e-mail informacji związanych z działalnością informacyjną, promocyjną i integracyjną Alumni Club PUM.

....

(miejscowość, data wypełnienia) (Podpis)

_____

Data i podpis przyjmującego oświadczenie (ABK PUM):

Załączniki:

1. *Klauzula informacyjna,*
2. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych,*
3. *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku.*

Załącznik Nr 4 do Regulaminu Alumni Club PUM

KLAUZULA INFORMACYJNA

Poniżej znajdziesz niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, – zwanym dalej RODO – w związku z działalnością Alumni Club PUM.

Tożsamość administratora danych	Administratorem Twoich danych osobowych jest Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin.	
Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych możesz skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem email iod@pum.edu.pl lub pod numerem telefonu 914800790.	
Cele przetwarzania i podstawy prawne	**Cel przetwarzania**	**Podstawa prawna**
	Realizacja celów regulaminowych Alumni Club PUM	art. 6 ust. 1 lit. b) RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. a w zakresie danych podanych dobrowolnie
	Wykonania obowiązków prawnych np. wystawiania rachunków lub faktur, prowadzenia ksiąg rachunkowych	art. 6 ust. 1 lit. c) RODO
	Dochodzenie oraz obrona przed ewentualnymi roszczeniami	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora
	Wewnętrzne cele administracyjne, analityczne i statystyczne	art. 6 ust. 1 lit. f) RODO w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora
Odbiorcy danych	Twoje dane osobowe mogą być udostępnione następującym kategoriom odbiorców: 1) podmiotom, którym muszą zostać udostępnione na podstawie przepisów prawa; 2) podmiotom, z którymi współpracujemy w celu zrealizowania naszych praw i zobowiązań (świadczącym usługi informatyczne, marketingowe, prawne, windykacyjne, kadrowe, księgowe, transportowe, kurierskie oraz pocztowe); 3) podmiotom prowadzącym działalność płatniczą (banki, instytucje płatnicze); 4) naszym kontrahentom, w związku z realizowanymi umowami	

Okres przechowywania danych	Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez czas, w którym będziesz członkiem Alumni Club PUM, a także do czasu przedawnienia roszczeń oraz upływu okresu przechowywania dokumentów na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych. Po upływie ostatniego z tych okresów Twoje dane osobowe zostaną przez nas usunięte lub zanonimizowane.
Prawa osób, których dane dotyczą	W związku z przetwarzaniem przez nas Twoich danych osobowych możesz skorzystać z następujących praw dostępu do swoich danych, sprostowania (poprawiania) danych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania oraz przeniesienia danych. Przysługuje Tobie także prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Niezależnie od powyższych praw możesz wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych dokonywanego w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora lub interesu publicznego. Twoje dane osobowe przestaną być przetwarzane w tych celach, chyba że zostanie wykazane, że w stosunku do Twoich danych istnieją ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Twoich interesów, praw i wolności lub Twoje dane będą niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Aby mieć pewność, że jesteś uprawniony do skorzystania z praw możemy prosić Ciebie o podanie dodatkowych informacji pozwalających na dokonanie identyfikacji.
Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych	Podanie danych jest warunkiem przystąpienia do Alumni Club PUM, zaś ich niepodanie może skutkować niemożnością przystąpienia i członkostwa w Alumni Club PUM.
Dodatkowe informacje	Nie będziemy przekazywać Twoich danych poza EOG. Nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, czyli na podstawie automatycznej analizy danych.

Załącznik Nr 5 do Regulaminu Alumni Club PUM

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/y ..... ,wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin. - jako administratora danych osobowych (dalej: PUM) - w celu:

- ułatwienia komunikacji z PUM

poprzez wykorzystanie telefonu do nawiązywania i prowadzenia komunikacji.

Zostałem poinformowany, że w każdej chwili przysługuje mi prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

_____ _____

Miejscowość, data podpis

Załącznik Nr 6 do Regulaminu Alumni Club PUM

....., ... r.
miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

I PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

Ja, niżej podpisany, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie:

☐ danych osobowych zamieszczonych w dobrowolnej ankiecie członka Alumna Club PUM*;

☐ wizerunku*;

przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin jako administratora danych osobowych zwanego dalej ADO w celach związanych z działalnością Alumni Club PUM tj. celach:

☐ informacyjnych*;

☐ promocyjnych i marketingowych*;

poprzez publikowanie powyższych danych na stronie internetowej ADO (pum.edu.pl), wewnętrznej sieci (intranet), profilach ADO na portalach społecznościowych (w tym Facebook itp.), w telewizji, wydawnictwach prasowych oraz reklamowych lub marketingowych, w dowolnej formie (w tym ulotek, roll-upów, prezentacji, folderów reklamowych).

W każdej chwili przysługuje Tobie prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

.....
podpis

*zaznaczyć właściwe

Ja niżej podpisany, na podstawie art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, wyrażam zgodę na nieodpłatne, publiczne udostępnianie i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego na fotografiach i materiałach audiowizualnych oraz ich rozpowszechnianie przez ADO lub w imieniu lub na rzecz ADO w celach informacyjnych oraz promocyjno-reklamowych.

Zgoda niniejsza obejmuje nieodpłatne rozpowszechnianie wizerunku utrwalonego na zdjęciach oraz fotografiach i materiałach audiowizualnych w taki sposób, aby każdy mógł mieć do niego dostęp w miejscu i w czasie przez siebie wybranym, w szczególności na stronie internetowej ADO (pum.edu.pl), profilach na portalach społecznościowych (w tym Facebook itp.), w telewizji, wydawnictwach prasowych oraz reklamowych lub marketingowych, w dowolnej formie (w tym ulotek, roll-upów, prezentacji, folderów reklamowych).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku w sposób umożliwiający identyfikację mojej osoby poprzez opatrywanie ww. materiałów imieniem i nazwiskiem, rocznikiem i kierunkiem studiów, jednakże wyłącznie w zakresie ściśle związanym z moim życiem studenckim.

Wyrażam również zgodę na łączenie zdjęć wizerunku z dowolnymi treściami, innymi obrazami, tekstem, grafiką, filmami, dźwiękiem, materiałami audiowizualnymi oraz na kadrowanie, zmianę, powielanie i modyfikację zdjęć przedstawiających mój wizerunek – w zakresie związanym z celami promocyjnymi ADO bez prawa do dodatkowego wynagrodzenia.

Jednocześnie oświadczam, iż niniejsza zgoda jest nieograniczona terytorialnie i czasowo oraz podlega przepisom prawa polskiego, a podany wyżej sposób wykorzystania mojego wizerunku nie narusza moich dóbr osobistych.

.....

podpis

ZAŁ. NR 7 DO REGULAMINU ALUMNI CLUB PUM

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
PUM

Pomorski Uniwersytet Medyczny
w Szczecinie
ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin
www.pum.edu.pl

PUM
ALUMNI CLUB

absolwent wydziału .....

.....

kierunek .....

.....

numer legitymacji .....

rocznik .....

data wydania .....

PUM
ALUMNI CLUB POMORSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W SZCZECINIE

imię, nazwisko .....