

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