

Załącznik nr 2
do Regulaminu korzystania z Biblioteki
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie i
udostępniania zbiorów

FORMULARZ DANYCH CZYTELNIKA

Form of reader's personal data

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI
PLEASE FILL THIS FORM CLEARLY

NAZWISKO SURNAME	
IMIĘ/IMIONA NAME	
DATA URODZENIA DATE OF BIRTH	
ADRES DO KORESPONDENCJI ADDRESS	
E-MAIL	

Data i podpis

Date and signature

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany ,wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu lub adres email przez Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, ul. Rybacka 1, 70-204 Szczecin. - jako administratora danych osobowych (dalej: PUM) - w celach:

1) _____ ułatwienia komunikacji z PUM

poprzez wykorzystanie numeru telefonu do nawiązywania i prowadzenia komunikacji.

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.

Miejscowość, data..... Podpis.....