**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

PROSZĘ WYPEŁNIĆ KOMPUTEROWO LUB DRUKOWANYMI LITERAMI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ (IMIONA): | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | NAZWISKO: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |
| DATA URODZENIA: | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | (DZIEŃ-MIESIĄC-ROK) | | | | | | | (MIEJSCE URODZENIA) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| OBYWATELSTWO: | | | | | | |  | | | | | | | PESEL: | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |
| NR TELEFONU: | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | ADRES E-MAIL: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES ZAMIESZKANIA: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | (ULICA) | | | | | | | | | | | | (NR DOMU, MIESZKANIA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | (KOD POCZTOWY) | | | | | |  | | | (MIEJSCOWOŚĆ) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADRES KORESPONDENCYJNY: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | (ULICA) | | | | | | | | | | | | | (NR DOMU, MIESZKANIA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | (KOD POCZTOWY) | | | | |  | | | (MIEJSCOWOŚĆ) | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | (NAZWA UKOŃCZONEJ UCZELNI WYŻSZEJ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| KIERUNEK: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | |
|  | | (miejscowość, data) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | (podpis) | | | | | | | | | | | | | |  |  |

Strona 1 z 2

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wszystkich przekazanych przeze mnie informacji i dokumentacji przez administratora danych Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi z siedzibą w Łodzi (90-261), ul. Piotrkowska 278, dla potrzeb rejestracji, postępowania rekrutacyjnego, a następnie dokumentowania przebiegu studiów, zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie odstępu od treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych (w szczególności oferty edukacyjnej) za pośrednictwem poczty elektronicznej, telefonu stacjonarnego lub wiadomości SMS zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2013.1422 j.t) oraz ustawą z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U.20161489 t.j.) dotyczących Wyższej Szkoły Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocyjnych przez Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi

…………………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis)

Administratorem danych osobowych jest Wyższa Szkoła Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi (dalej WSBiNoZ w Łodzi), NIP 729-261-54-49, z siedzibą w Łodzi, ul. Piotrkowska 278, 90-361 Łódź.

W WSBiNoZ w Łodzi został powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym możesz się skontaktować pod adresem e-mail: iod@medyk.edu.pl.

Dane osobowe są gromadzone i przetwarzane w celu realizacji procesu rekrutacji, przebiegu studiów i działań związanych z monitorowaniem i egzekucją opłat, jak też w celach archiwalnych oraz zgodnie treścią udzielonych Administratorowi zgód. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika z przepisów Ustawy z dnia : Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. 2018 poz. 1668 z poźń. zm.) w związku z trybem i warunkami rekrutacji ustalonymi przez Wyższą Szkołę Biznesu i Nauk o Zdrowiu w Łodzi. Konsekwencją niepodania danych jest wstrzymanie postępowania rekrutacyjnego. Podstawą prawną przetwarzania są czynności związane z wykonaniem umowy, wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikające z przepisów o szkolnictwie wyższym oraz może być zgoda osoby, której dane dotyczą.

Dane dotyczące przebiegu studiów będą przetwarzane zgodnie z terminami wskazanymi w przepisach o szkolnictwie wyższym i powinny być archiwizowane przez 50 lat. Dane dotyczące wykonania umowy stanowiącej podstawę do świadczenia usług edukacyjnych będą archiwizowane przez 10 lat (z uwagi na ogólne i szczególne terminy przedawnienia roszczeń). Dane przetwarzane w celach marketingowych będą przetwarzane do czasu, w którym ustanie cel, dla którego zostały zebrane lub sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w zależności, co nastąpi pierwsze. Każdy ma prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Strona 2 z 2