

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby uczestnictwa w szkoleniu organizowanym przez CSIOZ* w ramach projektu „Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.”, dostępnego pod adresem:

<https://cez.gov.pl/akademia-cez/szkolenia-z-edm/>

Dane obejmują: imię, nazwisko, adres e-mail, nr telefonu, PESEL.

Oświadczam, że:

- zostałam/-em poinformowana/-y o przekazaniu do CSIOZ* wyżej wymienionych danych osobowych;
- zapoznałam/-em się z regulaminem szkoleń oraz dokumentacją umieszczoną pod adresami:

<https://akademiaedm.csioz.gov.pl>

<https://zoz.klodzko.pl> w sekcji DLA PRACOWNIKA/Szkolenia/akademia EDM

* Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <https://www.cez.gov.pl/>

Imię i nazwisko (czytelnie)
Podpis