



KARTA ZGŁOSZENIOWA UCZESTNIKA

WARSZTATÓW MALARSTWA NA SZKLE I RĘKODZIEŁA

w Muzeum im. Wł. Orkana w Rabce-Zdroju

w dniu: 30 września / 1 października / 2 października / 3 października / 4 października 2019 r. *

OSOBA ZGŁASZAJĄCA/INSTYTUCJA DELEGUJĄCA:

NAZWA:

.....

ADRES:

.....

TELEFON:

.....

E-MAIL:

.....

IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA:

.....

WIEK:

.....

Zgłaszam gotowość uczestnictwa w warsztatach malarstwa na szkle i rękodzieła w Muzeum im. Wł. Orkana w Rabce-Zdroju w dniu: 30 września / 1 października / 2 października / 3 października / 4 października 2019 r. * Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w warsztatach i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu są zgodne z stanem prawnym i faktycznym.

.....
Data i podpis Uczestnika

Skan podpisanej karty zgłoszenia należy przesłać na adres e-mail: **biuro@muzeum-orkana.pl** lub dostarczyć oryginał do siedziby Muzeum im. Wł. Orkana w Rabce- Zdroju, ul. Sąddecka 6, 34-700 Rabka-Zdrój do dnia 20.09.2019r.

Uwaga! Liczba miejsc jest ograniczona.

Wysłanie zgłoszenia nie jest jednoznaczne z rezerwacją miejsca.

Potwierdzenie uczestnictwa w warsztatach zostanie wysłane na podany przez Państwa wyżej adres mailowy w ciągu kilku dni od przesłania zgłoszenia.

** Niepotrzebne skreślić.*

Oświadczenie

w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej popisana/podpisany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, zwanego dalej „RODO” wyrażam zgodę tak nie na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym wyżej zakresie, w tym wizerunku, w celu realizacji przedsięwzięcia pn. „Małopolskie Dni Osób z Niepełnosprawnościami na Podhalu”.

Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Jest mi wiadomym, że posiadam prawo do:

- 1) żądania od wskazanego w niniejszym oświadczeniu administratora danych osobowych:
 - a) dostępu do moich danych osobowych;
 - b) sprostowania moich danych osobowych;
 - c) ograniczenia przetwarzania moich danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 ust. 1 RODO,
- 2) wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO,
- 3) wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

Zapoznałam/em się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych zgodnie z art. 14 rozporządzenia 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 (dalej: RODO).

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę