



KLINIKA UZDROWISKOWA®  
„Pod Tężniami”  
im. Jana Pawła II

# KARTA STAŁEGO KLIENTA

formularz zgłoszeniowy

## FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

**Imiona** \_\_\_\_\_ **Data urodzenia** (dzień – miesiąc - rok) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Nazwisko** \_\_\_\_\_ **Seria i numer dokumentu tożsamości** \_\_\_\_\_  
**Ulica** \_\_\_\_\_ **Numer domu** \_\_\_\_\_ **Numer lokalu** \_\_\_\_\_  
**Miejscowość** \_\_\_\_\_ **Kod pocztowy** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
**Telefon** \_\_\_\_\_ **E-mail** \_\_\_\_\_

### DANE DO KORESPONDENCJI (Proszę wypełnić jeśli adres jest inny niż podany w danych adresowych)

**Ulica** \_\_\_\_\_ **Numer domu** \_\_\_\_\_ **Numer lokalu** \_\_\_\_\_  
**Miejscowość** \_\_\_\_\_ **Kod pocztowy** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## OŚWIADCZENIE GOŚCIA KLINIKI O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Programu „Karta Stałego Klienta” realizowanego przez Klinikę Uzdrawiskową „Pod Tężniami” im. Jana Pawła II Spółdzielnię Usług Medycznych dla Gości Kliniki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016):

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Klinika Uzdrawiskowa "Pod Tężniami" im. Jana Pawła II - Spółdzielnia Usług Medycznych z siedzibą w Ciechocinku przy ul. Warzelnianej 7
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - iod@podtezniami.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu uczestnictwa w Programie lojalnościowym "Karta Stałego Klienta Ambulatoryjnego" na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą do momentu odwołania zgody
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody oraz prawo do przenoszenia danych
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
- 8) Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji będzie odbywało się na zasadach określonych w regulaminie Programu lojalnościowego, Promocji, Konkursu) a konsekwencją takiego przetwarzania będzie rabat, oferta itp.
- 9) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych może skutkować niemożliwością uczestnictwa w: Programie lojalnościowym, Promocji, Konkursie, itp.)

Jednocześnie zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu uczestnictwa w: Promocji, Programie lojalnościowym, Konkursie, itp.

Oświadczam, że dane przedstawione przeze mnie w związku z udziałem w Programie „KARTA STAŁEGO KLIENTA” odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Zapoznałem się i akceptuję regulamin KARTY STAŁEGO KLIENTA.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Podpis uczestnika programu

## WYPEŁNIA PRACOWNIK KLINIKI

Wydano Kartę Stałego Klienta o numerze \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis pracownika Kliniki

\_\_\_\_\_  
Własnoręczny podpis Klienta