

ZGODA UCZESTNIKA NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI O SZKOLENIACH

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez WARSAW LAB Instytut Medycyny Praktycznej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Jabłonie (05-110) przy ul. Prostej 2, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0001208328, legitymującą się numerem NIP: 5361996590 i numerem REGON: 543364581, kapitał zakładowy w wysokości 100 000,00 zł (dalej: „Administrator Danych”), w celu przekazywania mi informacji o szkoleniach i kursach organizowanych przez Administratora Danych.

1. Zdaję sobie sprawę, że podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, zaś podstawą ich przetwarzania jest wyrażenie przeze mnie zgody w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
2. Zdaję sobie sprawę, że mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie.
3. Zdaję sobie sprawę, że moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu, na który została wyrażona zgoda, i tylko do momentu jej odwołania, z zastrzeżeniem, że po odwołaniu zgody dane mogą być dalej przetwarzane przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi Danych oraz roszczeń przysługujących mi wobec Administratora Danych.
4. Przyjąłem/-am do wiadomości, że wycofanie zgody może nastąpić poprzez skierowanie wiadomości e-mail na adres: biuro@warsawlab.pl.
5. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z obowiązkiem informacyjnym udostępnionym mi przez Administratora Danych.