



## DEKLARACJA

Ja, niżej podpisany/a ....., zamieszkały  
(Imię i nazwisko)

w .....,  
(Adres zamieszkania, mail, tel.)

deklaruję wolę zostania członkiem wspierającym Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim (ul. Stilonowa 21) i w związku z tym zobowiązuję się do comiesięcznego uiszczania składki członkowskiej w

wysokości .....zł .....  
(Słownie wysokość zadeklarowanej składki w zł)

wpłacanej na konto nr 49 1020 1967 0000 8602 0002 8290

- Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji na potrzeby realizacji celów statutowych Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila w Gorzowie Wielkopolskim zgodnie z Rozporządzeniem 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)

Jednocześnie wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody/\* na umieszczenie moich danych osobowych (imienia i nazwiska) w wykazie członków wspierających Stowarzyszenia na stronie internetowej Hospicjum Św. Kamila: [www.hospicjum-gorzow.pl](http://www.hospicjum-gorzow.pl).

Wyrażam zgodę na potrącenie przez mojego pracodawcę, tj. firmę

.....  
zadeklarowanej wyżej kwoty z mojego wynagrodzenia w celu przekazania jej na konto Hospicjum Św. Kamila.\*\*

.....  
(Data i podpis )

---

Wypełnia Zarząd Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila

Nr członkowski.....  
(Nadaje Zarząd Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila)

Za Zarząd Stowarzyszenia.....

\*/ niepotrzebne skreślić.

\*\*/ wypełnić w przypadku przekazywania składki za pośrednictwem pracodawcy

## Klauzula informacyjna dotycząca deklaracji przystąpienia w poczet członków wspierających

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „Zarząd Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila”, zwany dalej: „**Administratorem**”. Kontakt z Administratorem możliwy jest pod adresem mailowym: *hospicjumkamila@wp.pl*. lub pod numerami telefonów: 787956313, 953070387 Z Administratorem można skontaktować się również za pośrednictwem powołanego przez niego inspektora ochrony danych Arkadiusza Wiśniewskiego, pisząc na adres: [arek@it-gorzow.pl](mailto:arek@it-gorzow.pl)
2. Dane osobowe przetwarzane są na potrzeby realizacji celów statutowych Stowarzyszenia Hospicjum Św. Kamila. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji tych celów.
3. Dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Dane osobowe nie są udostępniane innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie będzie przekazywać danych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
5. Dane osobowe Pani/Pana będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres ograniczony wyrażoną przez Panią/Pana zgodą.
6. Pani/Pan ma prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji zostały określone przez stosowne przepisy prawa.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Administratora przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (PUODO).
- 8.<sup>1</sup> W oparciu o dane osobowe Pani/Pana Administrator *nie będzie* podejmował wobec Pani/Pana zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania\*.

\* Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

---

\*/ niepotrzebne skreślić.

\*\*/ wypełnić w przypadku przekazywania składki za pośrednictwem pracodawcy