



Formularz zgłoszeniowy kandydata do tytułu „ Mój najlepszy Muko-lekarz”

1. Dane osobowe osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko

.....

Numer telefonu

.....

Adres e-mail

.....

2. Dane kandydata do tytułu:

Imię i nazwisko

.....

Miejsce pracy

.....

Specjalizacja

.....

3. Uzasadnienie wyboru kandydaty - forma opisowa (opis powinien zawierać nie więcej niż 5 tyś. znaków, ze spacjami).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

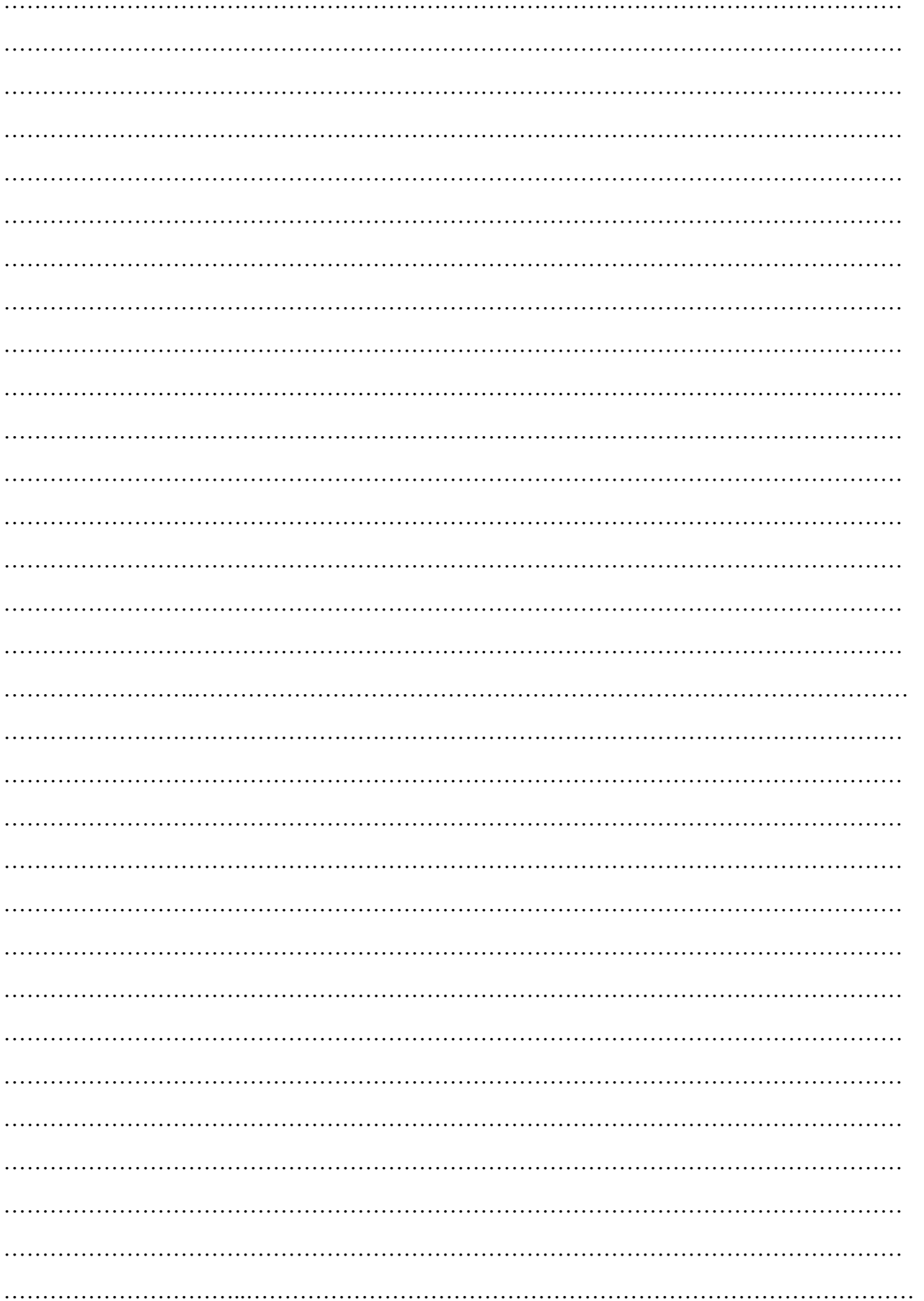
.....

.....

.....

.....

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

1. Administratorem danych podanych przez Uczestnika Plebiscytu jest MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscozoę.
2. Dane osobowe podane przez Uczestnika Plebiscytu, będą przetwarzane w celu organizacji i przeprowadzenia Plebiscytu.
3. Administrator przetwarza wskazane dane osobowe na podstawie uzasadnionego interesu, którym jest: umożliwienie uczestnikom Plebiscytu wzięcia w nim udziału i umożliwienie przeprowadzenia Plebiscytu.
4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do umożliwienia udziału w Plebiscycie i powiadomienia laureatów o przyznaniu nagród.
5. Administrator nie przetwarza danych osobowych uczestników Plebiscytu w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
6. Dane osób zgłaszających będą dostępne tylko dla Komisji rozstrzygającej Plebiscyt.