

Załącznik nr 1

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 kandydatury – forma opisowa (opis powinien zawierać nie więcej niż 5 tys. znaków ze spacjami).

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH

1. Administratorem danych podanych przez Uczestnika Plebiscytu jest MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę.
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.