|  |
| --- |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA**  **DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**  **OSÓB, KTÓRYCH WIZERUNEK ZOSTANIE OPUBLIKOWANY NA STRONIE INTERNETOWEJ ŚWIĘTOKRZYSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ** (13) |

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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) (dalej: RODO)*,* podajemy następujące informacje:  **● ADMINISTRATOR DANYCH OSOBOWYCH**  Narodowy Fundusz Zdrowia, reprezentowany przez Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, w zakresie danych osobowych przetwarzanych w oddziale wojewódzkim, z którym mogą się Państwo skontaktować w następujący sposób:  ▪ listownie na adres siedziby administratora: **25-025 Kielcach, przy ul. Jana Pawła II nr 9**;  ▪ za pomocą platformy ePUAP;  ▪ e-mailem: biuro@nfz-kielce.pl;  **● INSPEKTOR OCHRONY DANYCH**  **W sprawach dotyczących przetwarzania Państwa danych przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w następujący sposób:**  **▪ listownie na adres siedziby administratora: 25-025 Kielcach, przy ul. Jana Pawła II nr 9**;  **▪ telefonicznie: 413646263;**  **▪ e-mailem:** [IOD@nfz-kielce.pl](mailto:IOD@nfz-kielce.pl)**;**  **● CEL I PODSTAWY PRZETWARZANIA**  Państwa dane osobowe (wizerunek) będą przetwarzane w celu promowania działań Funduszu za pośrednictwem strony internetowej Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.  Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych są w szczególności:  ▪ RODO, w szczególności art. 6 ust. 1 lit a  ▪ ustawa z dn. 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych, w szczególności art. 81 ust. 1,  **● ODBIORCY DANYCH OSOBOWYCH**  Państwa dane będą dostępne publicznie na stronie internetowej Oddziału.  **● OKRES PRZECHOWYWANIA DANYCH**  Państwa dane osobowe będą znajdować się na stronie internetowej Oddziału przez okres jej funkcjonowania.  **● PRAWA OSÓB, KTÓRYCH DANE DOTYCZĄ**  W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym celu, osobie, której dane dotyczą przysługuje:  ▪ prawo dostępu do treści swoich danych;  ▪ prawo do sprostowania danych;  ▪ prawo do ograniczenia przetwarzania;  ▪ prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;  ▪ prawo do przenoszenia danych;  ▪ prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;  ▪ prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.  Każde z w/w żądań zostanie indywidualnie rozpatrzone, zgodnie z RODO.  **● INFORMACJA O WYMOGU PODANIA DANYCH**  Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne. Ich niepodanie skutkować będzie brakiem publikacji Państwa wizerunku na stronie www.  **●** **INFORMACJA W ZAKRESIE ZAUTOMATYZOWANEGO PODEJMOWANIA DECYZJI ORAZ PROFILOWANIA**  Państwa dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania. |

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU POPRZEZ   
ZAMIESZCZENIE ZDJĘCIA W INTERNECIE**

Ja niżej podpisany(a) ..................................................., wyrażam zgodę na nieograniczone *(lub ograniczone czasowo- należy wskazać okres)* czasowo wykorzystanie mojego wizerunku w formie zdjęcia przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w celu publikacji na stronie WWW Oddziału.

Cofnięcie zgody w powyższym zakresie może zostać dokonane w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Równocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z załączoną klauzulą informacyjną.

............................................... ...........................................................

miejscowość data i czytelny podpis