 **DEKLARACJA CZŁONKOWSKA**

**Ja niżej podpisany/a deklaruję wstąpienie do Międzyzakładowego Związku**

**Zawodowego Techników Analityki Medycznej w Szczecinie**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**NAZWISKO IMIĘ**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**DATA URODZENIA**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MIEJSCE ZATRUDNIENIA**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**STANOWISKO**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ADRES ZAMIESZKANIA – MIEJSCOWOŚĆ/KOD POCZTOWY/ULICA/NR DOMU/ NR MIESZKANIA**

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TELEFON KONTAKTOWY ADRES E-MAIL**

**W przypadku przynależności do więcej niż jednej organizacji związkowej, niniejszym wskazuję Międzyzakładowy Związek Zawodowy Techników Analityki Medycznej , jako właściwy do uwzględnienia mojej osoby przy ustalaniu liczby członków zrzeszonych w tejże organizacji.**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**DATA PODPIS CZŁONKA**

**Potwierdzam, że otrzymałem/am klauzulę informacyjną zgodną z tzw. RODO stanowiącą załącznik do Deklaracji Członkowskiej MZZTAM**

**-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**DATA PODPIS CZŁONKA**

**1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji dla potrzeb realizacji celów statutowych MZZTAM.**

**2.Wyrażam zgodę na robienie filmów i zdjęć, indywidualnych i w małych grupach ludzi, z udziałem mojej osoby a także na przetwarzanie mojego wizerunku do celów informacyjno-promocyjnych związanych z działalnością statutową MZZTAM. Zostałem/am poinformowany/a, że w każdej chwili mam prawo do cofnięcia wyrażonej powyżej zgody.**

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**DATA PODPIS CZŁONKA**

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------SIEDZIBA MZZTAM - UL. ARKOŃSKA 4 71-455 SZCZECIN E-MAIL;** [**mzztam@wp.pl**](mailto:mzztam@wp.pl)

**KRS 0000001526 NIP 851-26-42-094 REGON 811814137**

**OŚWIADCZENIE**

dla działu finansowego zakładu pracy

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na potrącanie składek członkowskich w wysokości...0,5% płacy zasadniczej na konto ***MIĘDZYZAKŁADOWEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO TECHNIKÓW ANALITYKI MEDYCZNEJ***

Bank : PKO BP SA I/O Szczecin Al. Niepodległości 40 70-404 Szczecin

***Numer konta : 43 1020 4795 0000 9902 0104 7174***

1. Imię nazwisko.............................................................................................

2. Miejsce pracy ............................................................................................

Data ………………………………… Podpis ……………………………

..........................., dnia…………... 2019 r.

**OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) oraz 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) dla potrzeb Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Analityki Medycznej z siedzibą w Szczecinie w zakresie:

 praw i obowiązków członka związku wynikających ze Statutu Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Analityki Medycznej z siedzibą w Szczecinie, w szczególności dotyczących czynnego uczestnictwa w pracach Międzyzakładowego Związku zawodowego Techników Analityki Medyczne z siedzibą w Szczecinie, wybierania i bycia wybieranym do władz statutowych Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Analityki Medyczne z siedzibą w Szczecinie, ochrony moich praw i interesów, korzystania z uprawnień do zasiłków statutowych, przepisów zbiorowego prawa pracy, w szczególności ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881 z późn zm.),

 utrwalania i wykorzystania mojego wizerunku do celów informacyjno - promocyjnych związanych ze statutową działalnością Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Analityki Medycznej w Szczecinie, w szczególności na stronie internetowej MZZTAM i profilach portali społecznościowych, przy możliwości cofnięcia tej zgody w każdym czasie.

Administratorem danych osobowych jest Międzyzakładowy Związek Zawodowy Techników Analityki Medycznej z siedzibą w Szczecin, 71-455 Szczecin ul. Arkońska 4.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji powyżej wskazanych celów przetwarzania, tj.: do czasu, w którym będzie Pani/Pan członkiem Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Analityki Medycznej lub do czasu skorzystania niżej wskazanych uprawnień.

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:

1) prawo dostępu do treści danych,

2) prawo do sprostowania danych,

3) prawo do usunięcia danych,

4) do ograniczenia przetwarzania danych,

5) przenoszenia danych,

6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzanych danych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy rozporządzenia.

Sposób zebrania danych: Deklaracja członkowska Związku Zawodowego Techników Analityki Medycznej z siedzibą w Szczecinie inne wnioski.

………………………………………………………………………..

Data Podpis