



**Pszczelarz**



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w dodatkowej **Kwalifikacji zawodowej dla pszczelarzy**

Wszystkie pola formularza zgłoszeniowego proszę wypełnić czytelnie (w wersji elektronicznej lub odręcznie pismem drukowanym). Proszę przed wypełnieniem formularza zaznajomić się z informacją na temat kursów.

**Jestem zainteresowana/zainteresowany udziałem w kursie:**

***Rzeczoznawca chorób pszczół***

### DANE SŁUCHACZA

<b>I</b>	<b>DANE OSOBOWE</b>	
1	Imię (imiona)	
2	Nazwisko	
3	Data i miejsce urodzenia	
<b>II</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO</b>	
4	Ulica	
5	Nr domu/nr lokalu	
6	Kod pocztowy - miejscowość	
7	Powiat, województwo	
<b>IV</b>	<b>DANE KONTAKTOWE</b>	
8	Telefon stacjonarny	
9	Telefon komórkowy	
10	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
11	Oświadczam, że jestem członkiem Wojewódzkiego/ Regionalnego/ Okręgowego/ Rejonowego Związku Pszczelarzy ..... W ..... (niewłaściwe skreślić lub podać inną nazwę)	

\_\_\_\_\_  
Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis kandydata



**Pszczelarz**



## INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

### KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z 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), informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest POLSKI ZWIĄZEK PSZCZELARSKI, ul. Świętokrzyska 20, 00-002 Warszawa.
2. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom zewnętrznym;
3. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych nadzorującego prawidłowość przetwarzania danych osobowych, z którym można skontaktować się za pośrednictwem adresu e-mail: [sieciisprzet.rzeszow@gmail.com](mailto:sieciisprzet.rzeszow@gmail.com).
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji usług dotyczących udziału w kursie *Rzeczoznawca chorób pszczół*, w tym: noclegu, wystawienia faktur, wystawienia certyfikatów, realizowanych przez POLSKI ZWIĄZEK PSZCZELARSKI, ul. Świętokrzyska 20, 00-002 Warszawa oraz Dom Pszczelarza w Kamianej 29, 33-336 Łabowa.
5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże brak ich podania uniemożliwia wykonanie usług i uczestnictwo w kursie.
6. Pani/Pana dane przechowywane będą do czasu cofnięcia zgody (o ile odrębne przepisy prawa nie stanowią inaczej);
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie;
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących, narusza przepisy Ustawy o Ochronie Danych Osobowych z dnia 10 maja 2018 r. z późn. zm.

### KLAUZULA ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez POLSKI ZWIĄZEK PSZCZELARSKI, ul. Świętokrzyska 20, 00-002 Warszawa oraz Dom Pszczelarza PZP w Kamianej 29, 33-336 Łabowa, w celu wykonania usługi – kursu *Rzeczoznawca chorób pszczół*.

Zostałem/-am poinformowany/-a o moich prawach i obowiązkach. Przyjmuję do wiadomości, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis

### KLAUZULA ZGODY NA PRZEKAZANIE DANYCH

Wyrażam zgodę na przekazanie Urzędowi Centralnym (Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Główny Inspektorat Weterynarii, Wojewódzki Lekarz Weterynarii właściwy ze względu na miejsce zamieszkania) informacji o moim udziale w kursie *Rzeczoznawca chorób pszczół*, w tym przekazanie przez administratora moich danych osobowych: imię, nazwisko, miejscowość, numer telefonu oraz adres e-mail, w celu ewentualnej możliwości nawiązania ze mną kontaktu i pomocy służbom weterynaryjnym.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis