

....., dnia .....

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z 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 osobowych), dobrowolnie, świadomie i jednoznacznie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora **Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS, ul. Wolska 37, 01-201 Warszawa, KRS 0000188424**, w zakresie i celu podanym niżej:

1. Dane osobowe ( imię, nazwisko, nazwa i adres zatrudniającej mnie instytucji, konto e-mail, zdjęcia) będą przetwarzane w celu realizacji praw i obowiązków jako **Eksperta oraz Specjalisty opracowującego Rekomendacje PTN AIDS**, podstawą prawną przetwarzania danych jest wyrażenie zgody przez osobę, której dane dotyczą.
2. Zostałam/em poinformowana/y o prawie wycofania zgody w każdym czasie oraz o tym, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Wycofanie zgody może być dokonane poprzez złożenie administratorowi pisemnego oświadczenia.
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pełnienia funkcji Eksperta Rekomendacji PTNAIDS/specjalisty opracowującego Rekomendacje PTN AIDS, przy uwzględnieniu okresu rozliczenia i przedawnienia oraz przepisów podatkowych.
4. Dane osobowe ujawniane będą uprawnionym członkom zarządu i organizatorom kongresów, zjazdów, kursów i konferencji, które odbywają się pod auspicjami PTN AIDS.
5. Zostałam/em poinformowana/y o prawie żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
6. Zostałam/em poinformowana/y o prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, że administrator naruszył przepisy. Wskutek przetwarzania nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, z tym, że podanie danych osobowych stanowi warunek pełnienia funkcji Eksperta Rekomendacji PTN AIDS.
8. Wyrażam zgodę na publikację wizerunku w związku z organizowaniem przez administratora konferencji, zjazdów, itp., oraz wydawaniem Rekomendacji PTN AIDS i publikacji naukowych.

-----  
Data i czytelny podpis osoby