

.....
(imiona i nazwisko)

Gdańsk, dnia

.....
(ulica)

.....
(kod, miejscowość)

**Gdańska Okręgowa
Izba Aptekarska
ul. Batorego 18
80-251 Gdańsk**

W związku z podjęciem pracy na terenie działania GOIA z dniem w aptecemieszczącej się w, przy ul. zwracam się z prośbą o wpis na listę członków GOIA.

.....
podpis

Załączniki:

1. Kwestionariusz Nr2 do rejestru farmaceutów
2. Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty (odbiorę osobiście / proszę przesłać na adres.....)*
3. Kserokopia zaświadczenia z poprzedniej OIA (jeśli dotyczy)
4. Kserokopia dyplomu mgr farm (oryginał do wglądu)
5. Kserokopia świadectw pracy (jeśli dotyczy)

*- niepotrzebne skreślić

Nr rejestracyjny:

KWESTIONARIUSZ NR 2 do Rejestru Farmaceutów

.....
(imiona i nazwisko farmaceuty)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(imiona rodziców)

.....
(PESEL)

.....
(nazwisko panieńskie)

.....
(posiadane obywatelstwo)

.....
adres zamieszkania: ulica nr kod poczt. miasto telefon

.....
miejsce wykonywania zawodu

.....
nr dyplomu magistra farmacji

.....
data wydania

.....
uczelnia: siedziba , wydział

.....
nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty i

.....
data wydania

.....
rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji

.....
numer

.....
data uzyskania

.....
miejscowość, dnia

.....
podpis

....., dnia

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
W CELU KOMUNIKACJI Z GDAŃSKĄ OKRĘGOWĄ IZBĄ APTEKARSKĄ

Ja,.....,

zam. w.....,

zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia i nazwiska, numeru telefonu komórkowego oraz adresu poczty elektronicznej, przez administratora danych osobowych - Gdańską Okręgową Izbę Aptekarską z siedzibą w Gdańsku (kod pocztowy: 80-251), ul. Stefana Batorego 18, w następujących celach:

- informowania o sprawach samorządu farmaceutów,
- informowania o decyzjach organów samorządu farmaceutów,
- wykonywania wszelkich zadań samorządu farmaceutów, w tym w szczególności zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa,
- realizowania przez Izbę moich próśb i wniosków,
- załatwiania przez Izbę zleconych przeze mnie spraw, w tym wydawania potrzebnych dokumentów i udzielania informacji.

Dane zostały przeze mnie podane dobrowolnie. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.

Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania przeze mnie zgody, a jeżeli ich przetwarzanie w świetle obowiązujących przepisów konieczne będzie również po takim odwołaniu, przez okres niezbędny do realizacji zadań, wynikających z obowiązujących ustaw bądź do momentu przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych osobowych wobec mnie bądź do momentu przedawnienia moich roszczeń w stosunku do administratora.

Mam prawo żądać od administratora - Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z siedzibą w Gdańsku, dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, (a także przeniesienia moich danych do wskazanego przeze mnie podmiotu) oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku pytań, dotyczących przetwarzania danych osobowych, prosimy o kontakt z administratorem danych:

- a) e-mailowo pod adresem: biuro@goia.org.pl,
- b) listownie: ul. Stefana Batorego 18, 80-251 Gdańsk.

Imię i nazwisko:

Nr telefonu komórkowego:

Adres poczty elektronicznej:

.....
(data i podpis wyrażającego zgodę)