Podziel się dzieciństwem

PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA WŁOSÓW

W dniu…… Pan/Pani…..... zamieszkały/a…… …… w ramach akcji „Podziel się dzieciństwem" przekazał/a włosy Klinice Włosów Hair LAB z siedzibą w Warszawie przy ul. Rzymowskiego 31, NIP 7321198908 w celu wykonania uzupełnień dla podopiecznych Fundacji Herosi.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Hair-Lab Klinika Włosów Izabela Szymczak moich danych osobowych w postaci danych personalnych, adresu zamieszkania oraz wizerunku w celu przekazania włosów.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że:
1) Administratorem moich danych osobowych jest Hair – Lab Klinika Włosów Izabela Szymczak
2) Inspektorem Ochrony Danych jest Konrad Szymczak
3) Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu przekazania i wykorzystania włosów w ramach akcji „Podziel się dzieciństwem".
4) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 1 roku chyba że inny termin będzie wynikał z obowiązujących przepisów prawa.
5) Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (w formie pisemnej lub za pośrednictwem poczty email: klinika@hairlab.pl) bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania.
6) Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uznam, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r..
7) Moje dane osobowe nie będą profilowane i nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Data i podpis osoby przekazującej	Data i podpis osoby odbierającej
.....	.....

partner strategiczny

salon expert

Prestiżowa grupa salonów współpracujących z marką L'ORÉAL PROFESSIONNEL PARIS

organizator

HAIRLAB

18 LAT CENTRUM POMOCY WŁOSOM

Podziel się dzieciństwem

DANE DO WYSYŁKI CERTYFIKATU

.....

(Imię i nazwisko osoby na certyfikacie)

.....

(Imię i nazwisko adresata przesyłki)

.....

(Adres dostraczenia certyfikatu)

.....

(C.D. Adres dostarczenia certyfikatu)

....

(Numer kontaktowy dla firmy kurierskiej) (Adres email)

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail, numer telefonu) przez Hair-lab Izabela Szymczak ul. Rzymowskiego 31, 02-697 Warszawa w celu wysyłki certyfikatu z akcji Podziel Się Dzieciństwem.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
Administratorem moich danych osobowych jest Hair-lab Izabela Szymczak.
Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu przygotowania i doręczenia certyfikatu
(podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. b RODO – niezbędność do wykonania umowy).
Dane mogą zostać przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe i kurierskie współpracującym z Administratorem (np. Poczta Polska, InPost, DPD, DHL).
Moje dane będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji tego celu oraz zgodnie z przepisami prawa podatkowego i rachunkowego.
Przysługuje mi prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do doręczenia certyfikatu.

.....

Podpis

.....

Miejscowość i data

partner strategiczny

salon expert

Prestiżowa grupa salonów współpracujących z marką

L'ORÉAL PROFESSIONNEL PARIS

organizator

HAIRLAB

18 LAT CENTRUM POMOCY WŁOSOM