

....., dnia,
miejsowość data

Nazwisko i imię lub nazwa wnioskodawcy (*)

.....
.....

Telefon Kontaktowy (podanie numeru tel. jest nieobowiązkowe)

.....

e-mail

(*) *Przed wypełnieniem wniosku należy zapoznać się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.*

**Lubelska Medycyna – Klaster Usług
Medycznych i Prozdrowotnych
Pl. Litewski 1
20-080 Lublin**

**Wniosek
o przyznanie Patronatu Kłaster Lubelska Medycyna**

1. Tytuł planowanego przedsięwzięcia

.....
.....

2. Opis planowanego przedsięwzięcia oraz główne cele przedsięwzięcia

.....
.....
.....

3. Termin i miejsce realizacji przedsięwzięcia

.....

4. Zasięg przedsięwzięcia (*Proszę zaznaczyć właściwe*)

- Międzynarodowy
- Ogólnopolski
- Regionalny
- Lokalny

5. Do kogo kierowane jest przedsięwzięcie i jaka jest przewidywana liczba uczestników

.....
.....
.....

6. Czy przedsięwzięcie ma charakter cykliczny?

- tak
- nie

7. Czy udział w przedsięwzięciu jest odpłatny?

tak

Na jaki cel będą przeznaczone środki?

.....
.....
.....

nie

8. Czy przedsięwzięcie jest współfinansowane z budżetu miasta Lublin?

tak

nie

9.

a) Organizatorzy przedsięwzięcia:

.....
.....
.....

b) Współorganizatorzy przedsięwzięcia:

.....
.....
.....

10. Inni patroni przedsięwzięcia:

.....
.....
.....

11. Sponsorzy przedsięwzięcia:

.....
.....
.....

12. Informacje na temat wnioskodawcy oraz realizowanych przez niego działań:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Lista załączników (*np. program, regulamin, referencje, zgoda na przetwarzanie danych osobowych – w przypadku, gdy we wniosku zamieszczono dane osobowe*)

.....
.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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) (Dz.Urz.UE.L. z 2016r. Nr 119, strona 1) (dalej jako: „RODO”), informujemy Panią/Pana o sposobie i celu, w jakim przetwarzamy Pani/Pana dane osobowe, a także o przysługujących Pani/Panu prawach, wynikających z regulacji o ochronie danych osobowych:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Prezydent Miasta Lublin; dane adresowe: plac Króla Władysława Łokietka 1, 20–109 Lublin.
2. Wyzaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz korzystania z przysługujących Pani/Panu praw związanych z przetwarzaniem danych. Z Inspektorem Ochrony Danych można kontaktować się poprzez:
 - email: iod@lublin.eu;
 - lub pisemnie na adres Administratora danych: plac Króla Władysława Łokietka 1, 20–109 Lublin.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji spraw z zakresu przyznawania Patronatu Kłastry Lubelska Medycyna oraz w celach archiwizacyjnych.
4. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest konieczność podjęcia działań niezbędnych do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy - art. 6 ust.1 lit b RODO, Pani/ Pana zgoda na przetwarzanie numeru telefonu- art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach i Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
5. Z danych osobowych będziemy korzystać do momentu zakończenia realizacji celów określonych w pkt. 3 lub do momentu cofnięcia zgody, a następnie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ze względu na cele archiwalne w interesie publicznym, tj. 5 lat. Po tym okresie dane (po uzyskaniu zgody od Archiwum Państwowego) podlegają usunięciu.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania przepisami prawa. Ponadto mogą być one ujawnione podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę na świadczenie usług związanych z przetwarzaniem danych osobowych, tj. COIG S.A. ul. Mikołowska 100, 40-065 Katowice.
7. Pani/Pana dane nie będą podlegać automatycznym sposobom przetwarzania danych opierających się na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, oraz nie będą podlegać profilowaniu.
8. Pani/Pana dane nie trafią poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein, Islandię i Wielką Brytanię).
9. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, przysługują Pani/Panu następujące prawa:
 - prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych oraz otrzymania ich kopii w przypadkach, o których mowa w art. 15 RODO;
 - prawo żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych w przypadkach, o których mowa w art. 16 RODO;
 - prawo żądania usunięcia danych osobowych w przypadkach określonych w art. 17 RODO;
 - prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach określonych w art. 18 RODO;
 - prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
 - w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie w formie, w jakiej została ona wyrażona (np. poprzez wysłanie wiadomości e-mail o treści wycofania zgody z adresu, którego zgoda dotyczy; poprzez wysłanie pisma pocztą tradycyjną do administratora danych z żądaniem wstrzymania przetwarzania danych). Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny, jednakże ich niepodanie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia. Podanie przez Panią/Pana numeru telefonu jest dobrowolne i nie będzie miało wpływu na procedowanie wniosku, jednakże ułatwi kontakt w sprawach związanych z przyznaniem patronatu.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych tj. numeru tel. przez Administratora danych w celu realizacji spraw z zakresu przyznawania Patronatu Kłastry Lubelska Medycyna.

Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o prawach jakie mi przysługują w związku z przetwarzaniem danych osobowych.

.....
data

.....
czytelny podpis (*)

*Podpisuje osoba, której dane osobowe znajdują się we Wniosku o przyznanie Patronatu Kłastry Lubelska Medycyna.