**POLSKIE TOWARZYSTWO PSYCHIATRYCZNE**

**Zgłoszenie aktualizacyjne**

**!!! PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!! PROSIMY O WYDRUK DWUSTRIONNY !!!**

**Wpis do bazy danych PTP:**

Imię i Nazwisko ......................................................................................................................

Specjalizacje: ………………………………………..Stopień/Tytuł naukowy: ……………………………

Oddział PTP ……………………………………………………………………

Aktualny adres kontaktowy/domowy (do korespondencji): ....................................................

…………………………………………………………………………………………………………

**E-mail**.....................................................................................................................................

**Telefon kontaktowy**: ….……………………………………………………………………………

Aktualne miejsce pracy /adres/: .............................................................................................

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

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:**

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a 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) **wyrażam zgodę na****przetwarzanie moich danych osobowych**  zawartych w złożonym formularzu zgłoszeniowym w celu realizacji wniosku o członkostwo w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym oraz uczestnictwa w tym Towarzystwie.

……………………………………………………

Miejscowość, data, czytelny podpis

**INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

*Zgodnie z art. 13 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, dalej: „RODO”) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne informuje, że:*

Administratorem danych osobowych Pani/Pana jest Polskie Towarzystwo Psychiatryczne z siedzibą w Warszawie, ul. Sobiekiego 9, 02-957 Warszawa, dane kontaktowe: adres e-mail: [ptp@psychiatria.org.pl](mailto:ptp@psychiatria.org.pl).

Dane osobowe Pani/Pana są przetwarzane w celu realizacji wniosku o członkostwo w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym oraz uczestnictwa w tym Towarzystwie, na podstawie Pani/Pana dobrowolnej zgody (na podstawie Artykułu 6 ust. 1 lit. a RODO), a także dla celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora (na podstawie Artykułu 6 ust. 1 lit. f RODO). Prawnie uzasadnionym interesem Administratora jest ewentualne ustalenie, dochodzenie lub obrona przed potencjalnymi roszczeniami.

Kategorie odbiorców danych osobowych:

* podmioty działające na zlecenie Administratora i współpracujące z Administratorem w zakresie funkcjonowania Towarzystwa,
* organy publiczne i inne podmioty - w przypadkach określonych przepisami prawa,

Przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Dane osobowe będą przetwarzane aż do ewentualnego wycofania przez Panią/Pana zgody na przetwarzania danych w celu realizacji wniosku o członkostwo w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym, przy czym po jej odwołaniu przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi danych i w stosunku do niego.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu realizacji wniosku o członkostwo w Polskim Towarzystwie Psychiatrycznym. Skutkiem odmowy podania przez Panią/Pana danych osobowych będzie brak możliwości uczestniczenia w ww. Towarzystwie.

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania, a także prawo do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania – w przypadkach i na warunkach określonych w RODO.

W razie uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Potwierdzam, że zapoznałem/-am się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.**

…………………………………………………………………

*Miejscowość, data, czytelny podpis*/