**SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ**

Já,

**MUDr………………………………,**

nar. ………………………..,

r.č.:………………………………,

bytem………………………………

tel.: ……………………………….

e-mail:……………………………….

pracoviště:………………………………

svým níže uvedeným podpisem dávám odborové organizaci

**Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů**, IČ: 63830001, se sídlem: Drahobejlova 1894/52, Libeň, 190 00 Praha, zapsané ve veřejném rejstříku vedeném Městským soudem v Praze pod sp. zn. L 6702 (dále jen „LOK-SČL“) a dále všem subjektům, s nimiž LOK-SČL v rámci své činnosti na smluvním či zákonném základě spolupracuje při plnění níže uvedených úkolů LOK-SČL,

**svůj výslovný souhlas** s tím,

aby v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a s dalšími obecně závaznými právními předpisy **jako správce zpracovával mé osobní údaje**, které jsem LOK-SČL poskytl nebo poskytnu, tedy zejména shora uvedené údaje o mém jménu, příjmení, rodném číslu, bydlišti, datu narození, telefonickém a

e-mailovém spojení a pracovišti

a to za účelem plnění úkolů, činností a povinností LOK-SČL, které pro tuto odborovou organizaci vyplývají z jejích platných stanov (s nimiž jsem seznámen), a příp. i z jejího postavení jako zaměstnavatele. Tento souhlas uděluji i pro uveřejňování mých osobních údajů a fotografií mé osoby na www stránkách LOK-SČL.

Tento souhlas platí do doby jeho prokazatelného ústního či písemného odvolání z mé strany učiněného před oprávněným zástupcem LOK-SČL nebo cestou odeslání e-mailu na adresu lok-scl@lok-scl.cz nebo listinné zásilky na shora uvedenou adresu sídla LOK-SČL.

Svým níže uvedeným podpisem rovněž potvrzuji, že jsem byl LOK-SČL řádně poučen o možnosti vzít souhlas kdykoliv zpět, požadovat po LOK-SČL informaci, jaké mé osobní údaje zpracovává a jakým způsobem, jakož i o možnosti vyžádat si přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit nebo požádat o jejich vymazání.

V …………………..dne ………………….

………………………………………(podpis)

 MUDr. …………………………………