

.....  
(imię i nazwisko, telefon)

.....  
(data)

## Jan Cieślcki Skarbnik Okręgowej Rady Lekarskiej

Zwracam się z prośbą o zwrot kwoty dofinansowania zakupionych karnetów OK System.

Dane użytkownika zakupionego karnetu (niezbędne do dokonania wypłaty i wystawienia PIT 8c)

imię i nazwisko, PESEL: .....

adres zamieszkania: .....

nazwa i adres Urzędu Skarbowego: .....

### KARTA DUŻEJ RODZINY LEKARSKIEJ\*

(\*wypełnić tylko w przypadku zakupu karnetu OK System dla osoby objętej Kartą Dużej Rodziny Lekarskiej)

Numer karty: .....

Dane osoby towarzyszącej: lekarz  nie lekarz

imię i nazwisko, PESEL: .....

adres zamieszkania: .....

nazwa i adres Urzędu Skarbowego: .....

Dane dzieci: (imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

Numer konta bankowego – jeżeli kwota ma być zwrócona przelewem:

-----

.....  
podpis

Załączniki:

- potwierdzenia wpłat (potwierdzenia przelewu) za karnety zakupione w danym roku.
- zestawienie tabelaryczne wpłat

## ZESTAWIENIE TABELARYCZNE WPŁAT

Miesiąc korzystania z karnetu	Rodzaj zakupionych karnetów/pakietów (wpisz kwotę opłaty w rubryce zgodnie z miesiącem, za który była wykonana opłata)							
	go FIT	go FIT os. tow.	FIT & more	FIT & more os. tow.	FIT OPEN	FIT & more OPEN	Junior Open	Aqua Open
	99 zł	119 zł	114 zł	134 zł	145 zł	155 zł	89 zł	45 zł
styczeń								
luty								
marzec								
kwiecień								
maj								
czerwiec								
lipiec								
sierpień								
wrzesień								
październik								
listopad								
grudzień								

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych (RODO) przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Śląska Izba Lekarska ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, reprezentowana przez Prezesa ORL.
2. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora wyłącznie w celu wykonania czynności związanych ze zwrotem kwoty dofinansowania zakupionych karnetów OK System oraz wystawieniem i wysłaniem PIT 8c.
3. Moje dane zostały pozyskane na podstawie złożonego dobrowolnie podania o zwrot kwoty dofinansowania zakupionych karnetów OK System. Podanie danych jest dobrowolne lecz niezbędne do podjęcia czynności związanych ze zwrotem kwoty dofinansowania zakupionych karnetów OK System oraz wystawieniem i wysłaniem PIT 8c.
4. Moje dane osobowe przetwarzane będą w czasie oraz zakresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania i wynikającym ze szczegółowych przepisów.

5. Moje dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom/organom, uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Przysługuje mi prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych (gdy zgoda jest podstawą przetwarzania) z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych, o których mowa w szczególnych przepisach prawnych.
7. Moje dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
8. Istnieje możliwość wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez Administratora, jeśli uznam za uzasadnione, że moje dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
9. Administrator nie będzie przekazywał moich danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
10. Moje dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegały profilowaniu.
11. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować na adres: Śląska Izba Lekarska ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice, tel: 32 60 44 200; e-mail: daneosobowe@izba-lekarska.org.pl.

### Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przysługującymi mi prawami w zakresie moich danych osobowych oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w podanym powyżej zakresie

.....

Imię i nazwisko

.....

Data i czytelny podpis

.....

Imię i nazwisko osoby towarzyszącej\*

.....

Data i czytelny podpis osoby towarzyszącej\*

(\*wypełnić i podpisać tylko w przypadku zakupu karnetu OK System dla osoby towarzyszącej objętej Kartą Dużej Rodziny Lekarskiej)