

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW

WYSTAWIENIA INFORMACJI O DOCHODACH ORAZ POBRANYCH ZALICZKACH NA PODATEK DOCHODOWY

Nazwisko:

Imię:

Identyfikator podatkowy /wybrać tylko jeden/:

Numer PESEL: lub NIP

Data urodzenia:

Miejsce zamieszkania:

Kraj: Województwo:

Powiat:

Gmina:

Ulica:

Nr domu: Nr lokalu:

Miejscowość:

Kod pocztowy: Poczta:

Numer rachunku na który ma zostać wysłane wynagrodzenie:

Nazwa banku

Numer rachunku

Urząd Skarbowy, do którego adresowana jest informacja:

Urząd skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania podatnika w ostatnim dniu roku podatkowego, a gdy zamieszkanie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ustalo przed tym dniem – właściwość ustala się według ostatniego miejsca zamieszkania na jej terytorium.

.....

.....

Stwierdzam, że powyższe dane podałem(am) zgodnie ze stanem faktycznym. Odpowiedzialność karno-skarbowa za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

.....

.....

Data

Podpis

*druk wypełnić czytelnym pismem drukowanym

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych zgodnie z RODO

W związku z rozpoczęciem stosowania z dniem 25 maja 2018 przepisów 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, s. 1) będą Pani/Panu przysługiwać określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

1. Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Śląska Izba Lekarska w Katowicach przy ul. Grażyńskiego 49 a w Katowicach (zwana dalej ŚIL).
2. Pani / Pana dane będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji praw i obowiązków wynikających z zawartej z ŚIL umowy cywilnoprawnej.
3. Pana / Pani dane zostały pozyskane na podstawie przepisów ustawy z dnia 23.04.1964 r. kodeks cywilny oraz zgody w zakresie nie obejmowanym powyższą ustawą.
4. Pani / Pana dane będą przekazywane organom uprawnionym do otrzymywania Pani / Pana danych na podstawie przepisów prawa.
5. Pani / Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres wymagany stosownymi regulacjami prawnymi oraz ważności fakultatywnej zgody w przypadku danych, których przetwarzanie nie jest prawnie wymagane.
6. Przysługuje Pani / Panu prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
7. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych dokonanego przed jej wycofaniem. Dla celów dowodowych wycofanie zgody należy przesłać drogą pisemną.
8. Istnieje możliwość wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani /Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
9. Administrator nie będzie przekazywał Pani /Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
10. Pani/Pana 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, e-mail: daneosobowe@izba-lekarska.org.pl.

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przysługującymi mi prawami w zakresie moich danych osobowych przetwarzanych przez Śląską Izbę Lekarską.

.....

Data i czytelny podpis