

.....
data

.....
pieczęć jednostki

Wyrażam zgodę na udział w konsultacjach z zakresu metod statystycznych prowadzonych przez pracowników Zakładu Statystyki Medycznej Wydziału Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Pani/Pana

(imię i nazwisko)

realizującej/ego* pracę: licencjacką / magisterską / doktorską* pod opieką

.....
(opiekun / promotor pracy)

Jednocześnie upoważniam pracowników Zakładu Statystyki Medycznej do wglądu w prezentowane dane dostarczone w ramach konsultacji, w rozumieniu Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.), Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926) oraz Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024), oraz innych obowiązujących w SUM aktów prawnych.

.....
(pieczęć i podpis opiekuna / promotora)

* niepotrzebne skreślić