

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestników praktyk PFSRM

Dotyczy: praktyki zawodowej organizowanej przez PFSRM

Prowadzący praktykę: .....  
Imię, nazwisko, pełne dane firmy

Uprawniony do prowadzenia praktyki: .....  
Imię, nazwisko, numer uprawnień

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. w zakresach:

1. Imiona, nazwisko, adres e-mail, nr uprawnień, nr telefonu, adres zamieszkania, dane do wystawienia faktury  
Prowadzący praktykę: Imię, nazwisko, pełne dane firmy  
Uprawniony do prowadzenia praktyki: Imię, nazwisko, adres, numer uprawnień

W celu prowadzenia księgowości Polskie Federacji Stowarzyszeń Rzeczoznawców Majątkowych (zwanej dalej PFSRM), jako baza kontrahentów:

2. Imiona, nazwisko, adres e-mail, nr uprawnień, nr telefonu, adres zamieszkania, dane do wystawienia faktury  
Prowadzący praktykę: Imię, nazwisko, pełne dane firmy  
Uprawniony do prowadzenia praktyki: Imię, nazwisko, adres, numer uprawnień

W celach prowadzenia sprawozdawczości na rzecz Ministerstwa przez Polską Federację Stowarzyszeń Rzeczoznawców Majątkowych, jako organizatora praktyk.

3. Imiona, nazwisko, adres e-mail, nr telefonu, w celach:
  - prowadzenia czynności marketingowych na rzecz PFSRM lub poprzez PFSRM, oraz
  - informowania mnie:
    - nowych szkoleniach, konferencjach, sympozjach, zjazdach, warsztatach lub seminariach organizowanych przez PFSRM;
    - nowych wydawnictwach oferowanych poprzez PFSRM
    - nowych szkoleniach, konferencjach, sympozjach, zjazdach, warsztatach lub seminariach organizowanych przez sfederowane w PFSRM Stowarzyszeniach lub organizacje zawodowe rzeczoznawców majątkowych
4. Imiona, nazwisko, adres e-mail, nr4 telefonu, w celu
  - zamieszczenia na stronie internetowej PFSRM, w strefie ogólnodostępnej, w zbiorze osób, które uczestniczą w praktykach zawodowych

Przetwarzanie danych prowadzone będzie przez Polska Federacje Stowarzyszeń Rzeczoznawców Majątkowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Nowogrodzkiej 50 lok. 430.

.....  
Data. Miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę