

**TWINALT Stakeholder Meeting**

 **02.06.2022**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię \* |  |
| Nazwisko \* |  |
| Email \* |  |
| Firma/Instytut \* |  |
| Adres \* |  |

□ Oświadczam, że otrzymałem/am Klauzulę informacyjną dot. przetwarzania moich danych osobowych przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

□ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wzięcia udziału w wydarzeniu organizowanym przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi.

*Wyrażenie zgody jest niezbędne , jeśli chcesz wziąć udział w wydarzeniu.*

□ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, adres e-mail) przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w celu przesyłania drogą elektroniczną informacji o innych organizowanych wydarzeniach, na podstawie z przepisami art. 10 Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

*Wyrażenie zgody jest dobrowolne*