

**Oświadczenie dla pracownika tymczasowego**

Informujemy, że administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w celach związanych ze stosunkiem pracy jest [.....], z siedzibą w Warszawie (02-305) przy Al. Jerozolimskich 134 (dalej: „Pracodawca”). W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana poniższej zgody Pracodawca udostępni do Media Program Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie (00-807) przy Alejach Jerozolimskich 96 (dalej Media Program) – Pani/Pana dane osobowe w zakresie numeru telefonu i numeru PESEL (w przypadku cudzoziemców - numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość), w celu umożliwienia Pani/Panu rejestracji w serwisie internetowym w ramach którego udostępniany jest program kafeteryjny „Platforma Medicover Benefits”, a w szczególności przesłania wiadomości tekstowej sms z informacją o sposobie rejestracji. Jednocześnie informujemy, że Media Program będzie posiadał status administratora udostępnionych mu danych osobowych, które będą przetwarzane w zakresie i w celu, w jakim zostaną mu udostępnione oraz w celach określonych przez Panią/Pana w oświadczeniach składanych podczas rejestracji w serwisie internetowym. Podczas realizacji celu określonego poniższą zgodą Media Program nie przewiduje udostępniania danych odbiorcom danych w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (dalej: „uodo”). Niezależnie od powyższego informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, jak również prawo wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 uodo, pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 uodo, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania danych osobowych innemu administratorowi danych.

**Wyrażam/nie wyrażam\*** Pracodawcy zgodę/y na udostępnienie do Media Program moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu i numeru PESEL (jeżeli posiadam) albo numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość (jeżeli nie posiadam numeru PESEL) w celu umożliwienia mi rejestracji w serwisie internetowym pod nazwą „Platforma Medicover Benefits”.

---

Data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

\* - niewłaściwe skreślić