Prihláška používateľa
Národné centrum zdravotníckych informácií - Slovenská lekárska knižnica, Bratislava

Údaje vyplní Slovenská lekárska knižnica

Preukaz používateľa: číslo preukazu / čiarový kód

/

Typ používateľa:
☐ individuálny
☐ kolektívny

Kategória:

Osobné údaje o dotknutej osobe – čitateľne vyplní používateľ (paličkovým písmom)

Priezvisko

Meno

Titul

Dátum narodenia

. .

Miesto narodenia

Číslo občianskeho preukazu (pasu)

Adresa trvalého pobytu

PSČ

Obec

Ulica

Číslo domu

Adresa prechodného pobytu

PSČ

Obec

Ulica

Číslo domu

OTOČIŤ

Osobné údaje o dotknutej osobe (vyberte iba jednu možnosť)

Vzdelanie

☐ základné ☐ stredné ☐ vysokoškolské

Status osoby

☐ študent ☐ pracovník v zdravotníctve ☐ iné

Súhlas dotknutej osoby poskytnutý v zmysle zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Menovaný(á).....

(meno, priezvisko, titul, adresa trvalého pobytu)

poskytuje súhlas podľa zákona č. 18/2018 Z. z. so spracúvaním svojich osobných údajov, ktoré boli získané na účel *poskytnutia knižnično-informačných služieb*, a to v rozsahu *meno, priezvisko, titul, dátum narodenia, miesto narodenia, číslo OP, adresa trvalého pobytu, adresa prechodného pobytu, vzdelanie, status osoby* prevádzkovateľovi „Slovenská lekárska knižnica“ (ďalej len „knižnica“) po dobu členstva v knižnici. Členstvo zaniká, ak používateľ počas 5 rokov ani raz nevyužije služby knižnice alebo využije možnosť požiadať o výmaz svojich osobných údajov zaslaním žiadosti o výmaz na adresu pozicovna@nczisk.sk.

Po uplynutí tejto lehoty sa prevádzkovateľ „Slovenská lekárska knižnica“ zaväzuje, že zlikviduje predmetné osobné údaje nakoľko účel ich spracúvania skončil.

Zároveň sa zaväzuje dodržiavať knižničný poriadok Slovenskej lekárskej knižnice a licenčné podmienky prevádzkovateľov elektronických informačných zdrojov.

V Bratislave dňa .....

.....

podpis používateľa

Ďalšie kontaktné údaje

Telefón

E-mail