



Załącznik nr 3 do Zarządzenia Dyrektora nr GŁ-021-1-62/22

**Wniosek o wydanie karty abonamentowej do strefy (S2) Parkingu**

*\*uzupełnia się w przypadku, gdy karta ma być wydana na firmę.*

*\*\* uzupełnia się w przypadku, gdy karta ma być wydana na Personel Szpitala.*

Nazwa Firmy\* .....

NIP firmy\* .....

Adres\*: .....

Nazwa komórki organizacyjnej \*\* .....

Imię i nazwisko: .....

Telefon: .....

Numer rejestracyjny (Można podać kilka): .....

**UWAGA: W jednym czasie na parkingu może przebywać tylko jeden pojazd z przypisanym do karty.**

Klauzula informacyjna:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Podhalański Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Nowym Targu z siedzibą 34-400 Nowy Targ, ul. Szpitalna 14, Numer księgi rejestrowej 000000006068, NIP: 735-21-78-657, REGON: 000308324, KRS: 0000002479, tel.: 18/2633000, fax. 18/2633950, e-mail: [sekretariat@pszs.eu](mailto:sekretariat@pszs.eu), [www.pszs.eu](http://www.pszs.eu). Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 18/2633019, e-mail: [iod@pszs.eu](mailto:iod@pszs.eu)

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i realizacji umowy najmu miejsca parkingowego, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) przez okres umowy, a następnie kolejnych 5 lat celem realizacji obowiązku archiwizacyjnego. Obraz z kamery numeru rejestracyjnego wjeżdżającego i wyjeżdżającego pojazdu będzie przechowywany do 7 dni.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wydania karty abonamentowej i realizacji umowy.

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: podmioty dostarczające oprogramowanie, prowadzące obsługę informatyczną lub prawną oraz otrzymujące dokumentację do zniszczenia po upływie okresu przetwarzania.

Dane osobowe nie będą przekazywane do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Administrator nie będzie stosował wobec Pani/Pana zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania

Posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Wyrażam zgodę na wydanie karty abonamentowej do strefy (S2):

.....  
(data)

.....  
(Dyrektor Szpitala lub osoba przez niego upoważniona)



## **Potwierdzenie odbioru/ zwrotu karty abonamentowej\***

(\*uzupełniane w dniu odbioru/zwrotu karty abonamentowej)

### **Potwierdzenie odbioru.**

1. Potwierdzam odbiór karty, w dniu .....  
Rodzaj karty:
  - Zbliżeniowa/ uniwersalna
  - Hybrydowa (Crypto)
  
2. Oświadczam, że w przypadku zgubienia bądź zniszczenia karty:
  - a) Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania odpowiednich osób tj: Informatyka: 18 263 3154, [informatyka@pszs.eu](mailto:informatyka@pszs.eu) ;
  - b) Zobowiązuję się do pokrycia kosztów wydania nowej karty, zgodnie z obowiązującym cennikiem.
  
3. Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującym Regulaminem wjazdu i parkowania na terenie Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu.

.....  
(data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

### **Potwierdzenie zwrotu.**

Potwierdzam zwrot karty, w dniu .....

.....  
(podpis informatyka)