Badanie okulistyczne

**Związek Kynologiczny Oddział Krosno,**

**ul. Podwale 13**

Krosno 13-14.04.2024

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**APPLICATION FORM**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZWIERZĘ / ANIMAL** | | | | |
| **Imię Name** |  | | | |
| **Rasa Breed** |  | | | |
| **Płeć Sex** |  | **Data urodzenia Date of birth** |  | |
| **Numer PKR/KW Studbook No** |  | **Maść (kolor) Coat colour** |  | |
| **Tatuaż Tattoo** |  | **Mikroczip Microchip No** |  | |
| **WŁAŚCICIEL / OWNER** | | | | |
| **Imię i nazwisko Name** |  | | | |
| **Ulica Street** |  | | **Numer Nr** |  |
| **Miasto Town** |  | | **Kod pocztowy Post-code** |  |
| **Numer telefonu Phone Nr** |  | | **Państwo**  **Country** |  |
| **Preferowany dzień badania Preferred day of the examination** | |  | | |
| **Preferowana godzina badania Preferred examination time** | |  | | |
|  | | | | |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w Formularzy zgłoszeniowym w celu umówienia się na badanie i wypełnienie Certyfikatu badania okulistycznego, w zakresie opisanym w „Polityce prywatności”, zgodnie z ustawą Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.   
Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być ona w dowolnym momencie wycofana, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.  
Wyrażenie zgody niezbędne jest do wykonania badania okulistycznego, jeśli nie wyrażasz zgody na przetwarzanie danych, prosimy o opuszczenie tej strony.

Przesłanie Formularza zgłoszeniowego jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych.