

### **Realizacja zamówienia:**

1. Proszę przesłać wypełniony formularz z zaznaczonym oświadczeniem dotyczącym zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zamówienia na adres: [oficyna.zamowienia@imp.lodz.pl](mailto:oficyna.zamowienia@imp.lodz.pl).
2. Do wiadomości potwierdzającej otrzymanie zamówienia zostanie załączona faktura. Prosimy o jej opłacenie.
3. Warunkiem wysłania zamówienia jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zamówienia oraz zaksięgowanie przelewu.

### **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych „RODO”), informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych oraz o przysługujących Państwu prawach z tym związanych.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi, ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8, 91-348 Łódź.
2. W przypadku pytań dotyczących sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w zakresie działania Administratora, a także przysługujących Pani/Panu uprawnień należy skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pisemnie na adres Administratora lub mailowo na adres [iod@imp.lodz.pl](mailto:iod@imp.lodz.pl).
3. Administrator danych osobowych przetwarza Pani/Pana dane osobowe w celu:
  - a) realizacji zamówienia dotyczącego prenumeraty i wystawienia faktury. W tym przypadku podanie danych ma charakter obowiązkowy, a podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest umowa kupna-sprzedaży oraz przepisy podatkowe (art. 6 ust. 1 lit. b,c,f RODO),
  - b) marketingu bezpośredniego Administratora, tzn. przesyłania Pani/Panu informacji dotyczących publikacji i promocji związanych z wydawnictwami IMP. W tym przypadku podanie danych jest dobrowolne, a podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora, którym jest promocja własnych produktów i usług (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
  - c) Dochodzenia roszczeń lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami (art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
4. Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane wyłącznie podmiotom do tego uprawnionym np. firmom spedycyjnym.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:
  - a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
  - b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
  - c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym);
  - d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - e) prawo do przenoszenia danych;
  - f) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.
9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.

## „Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety”

### Formularz zamówienia

<b>Zamawiam</b>	proszę wypełnić poniższe pola
prenumerata (rocznik)	
pojedynczy numer (numer/rocznik)	
liczba zamawianych prenumerat / egzemplarzy numeru	
<b>Dane zamawiającego</b>	
NIP	
imię i nazwisko	
nazwa firmy	
adres (ulica, numer domu, numer mieszkania, kod pocztowy, miasto, państwo)	
adres dostawy (proszę nie wypełniać, jeśli adres jest taki sam jak powyżej)	
osoba do kontaktu	
adres e-mail	
numer telefonu	
dodatkowe informacje	
	Po zapoznaniu się z „Klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych” oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji zamówienia przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr. med. J. Nofera w Łodzi.
	Po zapoznaniu się z „Klauzulą Informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych” oświadczam, że wyrażam zgodę na przesyłanie informacji o charakterze wydawniczym drogą elektroniczną.