**část A**

**ŽÁDOST O poskyTnutí Příspěvku na lázeňský pobyt pro CHRONICKY NEMOCNÉ (POJIŠTĚNCI S DIAGNÓZOU DM 1. TYPU, DM 2. TYPU NEBO HYPERTENZÍ A SOUČASNĚ S BMI NAD 30)**

**Já, níže podepsaný pojištěnec/POJIšTěnka:**

**Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**RoDNÉ Číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**ADRESA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, email.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**souhlasím se zpracováním svých osobních údajů RBP, zdravotní pojišťovnou,
v rozsahu těchto údajů:**

jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa, telefon, email, číslo bankovního účtu, dobu pojištění, rozsah čerpané péče za dobu pojištění u RBP, zdravotní pojišťovny.

**Souhlas je poskytnut za účelem přijetí, zpracování, vyřízení a evidence žádosti
o bonusový léčebný pobyt v lázních. Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů
po archivační a skartační dobu v souvislosti s evidencí této žádosti.**

Byl/a jsem poučen/a o tom, že poskytnutí údajů je dobrovolné. Dále jsem byl/a v souladu
s příslušnou legislativou poučen/a:

* o svém právu tento souhlas odvolat, a to i bez udání důvodu,
* o svém právu přístupu k těmto údajům a právu na jejich opravu,
* o svém právu na vymazání těchto údajů, pokud dochází k jejich zpracování v rozporu s ochranou definovanou příslušnou legislativou nebo v rozporu s tímto souhlasem, nebo byl souhlas odvolán.

Byl/a jsem také poučen/a o tom, že tato svá práva mohu uplatnit doručením žádosti
na adresu dpo@rbp-zp.cz.

Beru na vědomí, že odvolání tohoto souhlasu může ovlivnit dosažení účelu, pro který byl tento souhlas vydán, pokud tento účel nelze dosáhnout jinak.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis pojištěnce/pojištěnky