

**ŽÁDOST POJIŠTĚNCE/POJIŠTĚNKY O POSKYTNUTÍ BONUSU – LÉČEBNÉHO
14 DENNÍHO POBYTU V LÁZNÍCH**

2019

JÁ, NÍŽE PODEPSANÝ POJIŠTĚNEC/POJIŠTĚNKA:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: _____,

RODNÉ ČÍSLO: _____,

ADRESA: _____,

TEL.: _____,

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

jméno, příjmení, datum narození, rodné číslo, adresa, telefon, 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 14 denní 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