FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**Świadczenie usługi teleopieki**

Szanowna Pani/Szanowny Panie,

Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Pani/Pana opiekuna (jeśli został wskazany) jest HRP Care sp. z o. o. z siedzibą w Łodzi (90-348) przy ul. Kilińskiego 185. Pełna treść obowiązku informacyjnego znajduje się w przekazanej Pani/Panu klauzuli informacyjnej dla użytkownika opaski oraz klauzuli informacyjnej dla opiekuna użytkownika opaski.

Wypełnienie i przekazanie niniejszego formularza w zakresie danych dotyczących Pani/Pana imienia i nazwiska oraz danych kontaktowych jest niezbędne w celu właściwej realizacji usług wsparcia przez Centrum Teleopieki (dane osobowe niezbędne). Podanie przez Panią/Pana danych o stanie zdrowia jest dobrowolne, przy czym podanie tych danych może pomóc podnieść jakość realizowanych na Pani/Pana rzecz usług przez Centrum Teleopieki.

# I. OŚWIADCZENIA OBLIGATORYJNE

Oświadczam, że otrzymałam/em klauzulę informacyjną w wersji papierowej i zostałam/em poinformowany o możliwości wycofania każdej z poniżej wyrażonych zgód kierując żądanie na adres e-mail biuro@hrpcare.com.pl, nr tel. +48 533 044 521 lub listownie na adres siedziby HRP Care sp. z o.o„ Oświadczam również, że zostałam/em poinformowany/a, iż obowiązek informacyjny zostanie dodatkowo zrealizowany w terminie 14 dni od podpisania formularza zgłoszeniowego na wskazane przeze mnie numery telefonu użytkownika i Opiekuna.

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na realizację usługi teleopieki, rozumiem cel usługi oraz deklaruję chęć objęcia mnie usługą teleopieki na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.
2. Oświadczam, iż wyrażam dobrowolnie i świadomie zgodę na kontakt ze mną ze strony Centrum Teleopieki w razie zgłoszenia przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa na zasadach określonych w umowie uczestnictwa, która została zawarta pomiędzy mną a gminą.
3. Wyrażam zgodę na przekazywanie wszelkich informacji o stanie mojego zdrowia i samopoczucia oraz na kontaktowanie się ze strony Centrum Teleopieki ze wskazanym przeze mnie Opiekunem we wszystkich sprawach związanych ze zgłoszeniem przeze mnie nagłego pogorszenia zdrowia za pośrednictwem opaski bezpieczeństwa - można podać dane jednego lub dwóch Opiekunów.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

**li. OŚWIADCZENIA DODATKOWE** (zaznaczyć „X")

□

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez HRP Care sp. z o. o. w celach związanych z oferowaniem mi wzięcia udziału w nowych programach wsparcia Seniorów oraz innych podobnych działaniach środkami komunikacji elektronicznej i/lub telefonicznie.

□

Wyrażam zgodę na otrzymywanie telefonicznych połączeń przychodzących i inicjowanych przez HRP Care Sp. z o. o. w w/w celach na numery wskazane w formularzu zgłoszeniowym.

□

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu, bez konieczności ponownego ich zbierania, w celu kontynuacji przez HRP Care Sp. z o.o. świadczenia usługi teleopieki w związku moim przystąpieniem do programu realizowanego przez gminę. Powyższa zgoda obowiązuje w przypadku ponownego zakwalifikowania mnie do kolejnego programu w terminie 12 miesięcy od dnia zakończenia działań objętych programem, w ramach którego zebrano moje dane osobowe.

□

Oświadczam, iż wyrażam zgodę, na nieodpłatne utrwalenie oraz nieograniczone czasowo oraz terytorialnie, wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego, podczas realizacji zdjęć ze szkolenia z użytkowania opasek Novama Care. Niniejsza zgoda obejmuje następujące pola eksploatacji: wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć i nagrań, obrót egzemplarz mi, na których utrwalono wizerunek oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, w materiałach służących promocji

ww. projektu w szczególności w: mediach (np. Internet, telewizja), w materiałach promocyjnych (m.in.: w prezentacjach, newsletterze, folderach etc.). Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie i przetwarzanie swoich danych osobowych w celach związanych z wyrażeniem zgody na wykorzystanie mojego wizerunku w w/w zakresie.

(data i podpis osoby składającej oświadczenie)