

Zarządzenie nr 87/2020  
Rektora Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku  
z dnia 11.09.2020 r.

w sprawie wprowadzenia zasad realizacji dydaktyki na podstawie umowy zlecenia  
lub powierzenia w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

Na podstawie § 21 ust. 1 pkt. 2 Statutu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zarządzam,  
co następuje:

§ 1

W Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku wprowadza się zasady realizacji dydaktyki dla  
innych osób prowadzących zajęcia na podstawie:

- umowy zlecenie
- oraz
- powierzenia.

§2

1. Umowa zlecenia jest zawierana na czas realizacji zajęć dydaktycznych objętych jej przedmiotem, najpóźniej w dniu rozpoczęcia zajęć.
2. W przypadku umów zlecenia zawieranych z pracownikami Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, przedmiotem umowy mogą być wyłącznie czynności nienależące do obowiązków pracownika, wykonywane poza godzinami pracy.

§3

**Umowy zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych**

1. Umowę zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych zawiera w imieniu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Prorektor ds. Kształcenia, na wniosek kierownika jednostki organizacyjnej zaakceptowany przez Dziekana właściwego wydziału. Wzór umowy zlecenia stanowi załącznik 4.
2. Kierownik jednostki organizacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku występuje w terminie 7 dni przed terminem planowanego rozpoczęcia prowadzenia zajęć dydaktycznych przez inną osobę prowadzącą zajęcia do właściwego Dziekana z kompletem dokumentów, tj.
  - wnioskiem o zawarcie umowy zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych (załącznik nr 1),
  - oświadczeniem o kompetencjach i doświadczeniu innych osób prowadzących zajęcia dydaktyczne (załącznik nr 2) wypełnionym przez zleceniobiorcę oraz podpisanym przez kierownika jednostki organizacyjnej wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę zlecenie/o powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych,
  - oświadczeniem zleceniobiorcy dla celów ubezpieczeniowych.

3. Dziekan, po otrzymaniu kompletu dokumentów, weryfikuje kryteria doboru osoby do prowadzenia zajęć dydaktycznych, a następnie wyraża zgodę na jego zatrudnienie na podstawie umowy zlecenia.
4. Dziekan w terminie nie dłuższym niż 5 dni przed terminem planowanego rozpoczęcia zajęć dydaktycznych przekazuje wniosek o zawarcie umowy zlecenia na prowadzenie zajęć dydaktycznych wraz z oświadczeniem dla celów ubezpieczeniowych do Prorektora ds. Kształcenia w celu rozpatrzenia wniosku. Warunkiem zawarcia umowy jest zatwierdzenie pensum dydaktycznego jednostki.
5. Najpóźniej wraz z wnioskiem o zawarcie umowy zlecenia należy złożyć planowane roczne indywidualne obciążenie (załącznik do Zarządzenia Rektora UMB w sprawie wprowadzenia procedury planowania i rozliczania obciążeń dydaktycznych) zleceniobiorcy.
6. W przypadku zatrudnienia doktoranta Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na umowę zlecenia doktorant ma obowiązek złożyć oświadczenie na wniosku o zawarcie umowy potwierdzające zrealizowanie obowiązku dydaktycznego wynikającego z Regulaminu studiów doktoranckich oraz Regulaminu Szkoły Doktorskiej. Oświadczenie wymaga potwierdzenia przez opiekuna naukowego / promotora doktoranta.

#### §4

1. Innej osobie realizującej zajęcia dydaktyczne na podstawie umowy zlecenia, za jedną godzinę obliczeniową wynoszącą 45 minut, przysługuje wynagrodzenie brutto według następujących stawek:
  - 1) wykłady -100 zł,
  - 2) pozostałe zajęcia - 60 zł.
2. Za prowadzenie zajęć na studiach English Division innej osobie realizującej zajęcia dydaktyczne na podstawie umowy zlecenia, za jedną godzinę obliczeniową, wynoszącą 45 minut, przysługuje wynagrodzenie brutto według następujących stawek:
  - 1) wykłady - 200 zł,
  - 2) Pozostałe zajęcia - 130 zł.

#### §5

##### **Powierzenie pracownikowi prowadzenia zajęć dydaktycznych**

1. W przypadku uzasadnionych potrzeb Uczelni, możliwe jest powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych pracownikom niebędącym nauczycielami akademickimi lub nauczycielom akademickim zatrudnionym na stanowiskach badawczych.
2. Kierownik jednostki organizacyjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku występuje w terminie 7 dni przed terminem planowanego rozpoczęcia prowadzenia zajęć

dydaktycznych przez inną osobę prowadzącą zajęcia na podstawie powierzenia do właściwego Dziekana z kompletem dokumentów, tj.

- wnioskiem o powierzenie pracownikowi prowadzenia zajęć dydaktycznych (załącznik nr 3),
  - oświadczeniem o kompetencjach i doświadczeniu innych osób prowadzących zajęcia dydaktyczne (załącznik nr 2) wypełnionym przez pracownika, któremu powierza się prowadzenie zajęć dydaktycznych oraz kierownika jednostki organizacyjnej wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę-zlecenie/ powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych.
3. Dziekan, po otrzymaniu kompletu dokumentów, weryfikuje kryteria doboru pracownika do prowadzenia zajęć dydaktycznych, a następnie opiniuje wniosek o powierzenie pracownikowi prowadzenia zajęć.
  4. Dziekan w terminie nie dłuższym niż 5 dni przed terminem planowanego rozpoczęcia zajęć dydaktycznych przekazuje wniosek o powierzenie pracownikowi prowadzenia zajęć dydaktycznych Prorektorowi ds. Kształcenia, który potwierdza wymiar godzin dydaktycznych.
  5. Następnie wniosek, w zależności od podporządkowania służbowego, przekazywany jest: Rektorowi lub Kanclerzowi w celu wyrażenia zgody na powierzenie pracownikowi prowadzenia zajęć dydaktycznych.

#### §6

Traci moc Zarządzenie Rektora nr 24/2019 oraz nr 92/2019 w sprawie wprowadzenia Procedury badania kompetencji innych osób prowadzących zajęcia dydaktyczne w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku.

#### §7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Rektor



prof. dr hab. Adam Krętowski



Białystok, dn.

pieczęć jednostki organizacyjnej UMB

**Wniosek Nr .....**  
**o zawarcie umowy zlecenie na prowadzenie zajęć dydaktycznych**  
**do Prorektora ds. Kształcenia**

Dane dotyczące Wnioskodawcy (Kierownika Jednostki Dydaktycznej):			
Imię i nazwisko:	Telefon kontaktowy:	Tytuł/stopień naukowy:	Miejsce zatrudnienia (komórka organizacyjna UMB):

Jednostka dydaktyczna, w której Zleceniobiorca wykona umowę:

**Dane dotyczące Zleceniobiorcy:**

Imię/imiona i nazwisko:	prof./dr hab./dr/lek./mgr * <i>*zakreślić właściwe</i>	Telefon kontaktowy/ e-mail:
Miejsce zamieszkania:	PESEL w przypadku braku - rodzaj i nr dok. potwierdzającego tożsamość	Obywatelstwo

**Przedmiot umowy: - PROWADZENIE ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

KIERUNEK I ROK STUDIÓW (stopień I <sup>o</sup> ; II <sup>o</sup> ; studia jednolite, DR*)	JĘZYK WYKŁADOWY (polski / angielski)	FORMA STUDIÓW (stacjonarne / niestacjonarne)	RODZAJ ZAJĘĆ (wykłady, seminaria, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, lektoraty, fakultety, inne)	LICZBA GODZIN

\*zaznaczyć/wpisać właściwy

Okres, na jaki umowa ma zostać zawarta: od                      do

Wymiar godzin dydaktycznych, na jaki umowa ma zostać zawarta:

.....  
(podpis Zleceniobiorcy)

ZAWARCIE UMOWY ZLECENIA JEST WARUNKIEM DOPUSZCZENIA DO PRACY DYDAKTYCZNEJ INNYCH OSÓB PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA

**OŚWIADCZAM**, że zrealizowany został obowiązek dydaktyczny wynikający z Regulaminu studiów doktoranckich /  
Regulaminu Szkoły Doktorskiej (dotyczy tylko zleceniobiorców będących *doktorantami UMB*)

<p>..... (podpis Zleceniobiorcy – Doktoranta UMB)</p>	<p><b>Potwierdzam:</b></p> <p>..... (podpis i pieczęć opiekuna naukowego / promotora doktoranta)</p>
---	--

Wyrażam zgodę na potwierdzanie rachunków oraz zastępowanie mnie w  
sprawach dotyczących realizacji wnioskowanej Umowy  
przez pracownika UMB:

potwierdzam: .....  
(podpis i pieczęć kierownika jednostki)

<p>..... (data złożenia wniosku)</p>	<p>potwierdzam i wnioskuję</p> <p>..... (podpis i pieczęć Kierownika Jednostki)</p>	<p>akceptuję</p> <p>..... (podpis i pieczęć Dziekana/ów UMB)</p>	<p>..... (podpis i pieczęć Prorektora ds. Kształcenia UMB)</p>
--	---	--	--



.....  
Pieczęćka jednostki organizacyjnej Uczelni

**OŚWIADCZENIE O KOMPETENCJACH I DOŚWIADCZENIU INNYCH OSÓB PROWADZĄCYCH ZAJĘCIA  
DYDAKTYCZNE (wymagane przez system Pol-on)  
(na podstawie umowy zlecenie / powierzenia realizacji zajęć dydaktycznych)**

Nazwa jednostki zatrudniającej pracownika: .....

Imię i nazwisko pracownika: .....

Stopień/tytuł naukowy/zawodowy: .....

PESEL w przypadku braku - rodzaj i nr dok. potwierdzającego tożsamość .....

Obywatelstwo i nazwa państwa urodzenia .....

Nazwa kierunku studiów i rok studiów (I stopnia, II stopnia, jednolite mgr, studia doktoranckie, szkoła doktorska)	Język wykładowy (polski/angielski)	Forma studiów (stacjonarne /niestacjonarne)	Rodzaj zajęć (wykłady, ćwiczenia, seminaria, zajęcia praktyczne, lektoraty, prace dyplomowe)	Liczba godzin

Oświadczam, że posiadam niżej wymienione kompetencje i doświadczenie pozwalające na prawidłową realizację zajęć dydaktycznych w ramach programu studiów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Lp	ZDOBYTE DOŚWIADCZENIE <sup>i</sup>	ZAKRES POSIADANYCH KOMPETENCJI <sup>ii</sup>
1.	Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie ..... .....	naukowych: ..... ..... ..... .....
	Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie <sup>iv</sup> od: ..... do: .....	dydaktycznych <sup>iii</sup> : ..... ..... ..... ..... .....
	Zakres zdobytego doświadczenia ..... ..... .....	praktycznych: ..... ..... ..... ..... .....

2.	<b>Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie (kolejnej)</b> ..... .....	naukowych: ..... ..... ..... .....
	Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie <sup>iv</sup> od: ..... do: .....	dydaktycznych: ..... ..... ..... ..... .....
	Zakres zdobytego doświadczenia ..... ..... ..... .....	praktycznych: ..... ..... ..... ..... .....
3.	<b>Nazwa instytucji, w której zostało uzyskane doświadczenie (kolejnej)</b> ..... .....	naukowych: ..... ..... ..... .....
	Okres zatrudnienia, w ramach którego zostało uzyskane doświadczenie <sup>iv</sup> od: ..... do: .....	dydaktycznych: ..... ..... ..... ..... .....
	Zakres zdobytego doświadczenia ..... ..... ..... .....	praktycznych: ..... ..... ..... ..... .....

.....  
 data i podpis kierownika jednostki organizacyjnej  
 wnioskującej o zatrudnienie pracownika na umowę  
 zlecenie/o powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych

.....  
 data i podpis osoby składającej oświadczenie



**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń**, zgodnie z art. 113 ust. 1 ustawy Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce z dnia 20 lipca 2018 r. (Dz. U. z 2018., poz. 1668) oświadczam, że:

- 1) nie zostałem/-am ukarany/-a karą dyscyplinarną, o której mowa w art. 276 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy, tj.:
  - wydaleniem z pracy w uczelni z zakazem wykonywania pracy w uczelniach na okres od 6 miesięcy do 5 lat;
  - pozbawieniem prawa do wykonywania zawodu nauczyciela akademickiego na okres 10 lat.
- 2) spełniam wymagania określone w art. 20 ust. 1 pkt 1-3 Ustawy, tj.:
  - posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
  - korzystam z pełni praw publicznych;
  - nie byłem/-a skazany/-a prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) Administratorem moich Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
- 2) kontakt do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, adres email: [iod@umb.edu.pl](mailto:iod@umb.edu.pl),
- 3) moje dane osobowe przetwarzane będą na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. - przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Uczelni tj. ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,
- 4) moje dane osobowe będą ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym przez Administratora Danych,
- 5) moje dane osobowe mogą być ujawnione innym podmiotom na podstawie umowy powierzenia oraz podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa,
- 6) moje dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa o archiwizacji dokumentacji,
- 7) posiadam prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do przenoszenia danych,
- 8) posiadam prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania, prawo do sprzeciwu, gdy uzasadnione jest, że zachodzą okoliczności wskazane w art. 17, 18 i 21 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 9) mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
- 10) podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego.

.....  
data i podpis osoby składającej oświadczenie

<sup>i</sup> Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól w kolumnie: „ZDOBYTE DOŚWIADCZENIE” w co najmniej jednej instytucji. Jako zakres zdobytego doświadczenia należy wpisać np. lekarz, fizjoterapeuta, asystent, doktorant. praca na stanowisku ..... (należy podać rodzaj stanowiska).

<sup>ii</sup> Należy wypełnić co najmniej jedno pole (kompetencje naukowe, dydaktyczne lub praktyczne). Obowiązuje limit 2000 znaków.

<sup>iii</sup> Należy wpisać doświadczenie w prowadzeniu zajęć z przedmiotu na kierunku.

<sup>iv</sup> Należy podać wartość wyrażoną w latach. W przypadku doktorantów należy podać lata kształcenia na studiach doktoranckich /w szkole doktorskiej.



Białystok, dn.

pieczęć jednostki organizacyjnej UMB

**Wniosek Nr .....**  
**o powierzenie prowadzenia zajęć dydaktycznych**  
**do Rektora / Kanclerza**

<b>Dane dotyczące Wnioskodawcy (Kierownika Jednostki Dydaktycznej):</b>			
Imię i nazwisko:	Telefon kontaktowy:	Tytuł/stopień naukowy:	Miejsce zatrudnienia (komórka organizacyjna UMB):

Jednostka dydaktyczna do której oddelegowuje się pracownika

**Dane dotyczące pracownika, któremu powierza się prowadzenie zajęć dydaktycznych:**

Imię/imię i nazwisko:	prof./dr hab./dr/lek./mgr * <i>*zakreślić właściwe</i>	Telefon kontaktowy/ e-mail:
PESEL a w przypadku jego braku - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:	Nazwa państwa urodzenia	Obywatelstwo

**PROWADZENIE ZAJĘĆ DYDAKTYCZNYCH**

KIERUNEK I ROK STUDIÓW (stopień I°; II°; studia jednolite, DR*)	JĘZYK WYKŁADOWY (polski / angielski)	FORMA STUDIÓW (stacjonarne, niestacjonarne)	RODZAJ ZAJĘĆ (wykłady, seminaria, ćwiczenia, zajęcia praktyczne, lektoraty, fakultety, inne)	LICZBA GODZIN

\*wpisać właściwy

Okres powierzenia prowadzenia zajęć dydaktycznych: od                      do

.....  
(podpis pracownika)

Wydziału Lekarski z Oddziałem Stomatologii i Oddziałem Nauczania w Języku Angielskim

Podpis i pieczęć Kierownika jednostki wnioskującej

Wydziału Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej

Podpis Rektora / Kanclerza UMB

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Podpis i pieczęć bezpośredniego kierownika (jeśli dotyczy)

Potwierzenia Prorektora ds. Kształcenia UMB



**UMOWA – ZLECENIA w roku akademickim ..... Nr .....**

Zawarta w dniu ..... r. w Białymstoku pomiędzy:  
Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku, ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok,  
reprezentowanym przez:

- Prorektora ds. Kształcenia - prof. dr hab. Adriana Chabowskiego  
zwanym w dalszej części umowy „Zleceniodawcą”

A Panią/Panem

zam. w

zwaną w treści umowy „Zleceniobiorcą” o następującej treści:

**§ 1**

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca zobowiązuje się do poprowadzenia zajęć dydaktycznych w .....  
UMB w wymiarze:  
– zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Kierownika nadzorującego wykonanie pracy i przechowywanym przez okres  
.....
2. Zleceniobiorca będzie wykonywać zlecenie w terminie od dnia ..... do .....

**§ 2**

Za wykonanie pracy określonej § 1 Zleceniobiorca otrzyma wynagrodzenie w wysokości ..... zł brutto (słownie:  
..... zł) za 1 godzinę zajęć.

**§ 3**

Wynagrodzenie wypłacane jest w okresach miesięcznych. Wypłata wynagrodzenia nastąpi 15-go następnego miesiąca, po  
złożeniu zawierającego liczbę przepracowanych godzin rachunku przez Zleceniobiorcę, potwierdzonego przez Kierownika  
nadzorującego wykonanie pracy określonej w § 1 umowy, w kasie UMB względnie na wskazany przez Zleceniobiorcę rachunek  
bankowy.

**§ 4**

Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania swoich zadań innej osobie bez zgody Zleceniodawcy wyrażonej  
na piśmie.

**§ 5**

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§ 6**

W sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 7**

Z wynagrodzenia Zleceniobiorcy potrącone będą zaliczka na podatek dochodowy oraz składki ZUS, w zakresie  
i wysokości zgodnej z obowiązującymi przepisami prawa.

**§ 8**

Ochrona danych osobowych:

1. W związku z realizacją przedmiotu umowy Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do przetwarzania danych osobowych,  
których administratorem jest Zleceniodawca, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji umowy.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przestrzegania powszechnie obowiązujących przepisów o ochronie danych osobowych  
oraz wewnętrznych aktów prawnych obowiązujących u Zleceniodawcy dotyczących ochrony danych osobowych.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest do przetwarzania danych osobowych, do których uzyska dostęp w związku z realizacją  
umowy, wyłącznie do celów związanych z wykonywaniem przedmiotu umowy.
4. Zleceniobiorca zobowiązany jest do zabezpieczenia i zachowania w tajemnicy - zarówno w trakcie trwania umowy, jak  
i po jej ustaniu - danych osobowych, do których uzyska dostęp w związku z realizacją umowy.
5. Zleceniodawca ma prawo do kontroli przetwarzania danych osobowych w związku z wykonywaniem niniejszej umowy.
6. Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za będące następstwem jego zachowań szkody wyrządzone niezgodnym z  
umową przetwarzaniem danych osobowych, w szczególności szkody wyrządzone udostępnieniem osobom  
nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

**§ 9**

Umowa sporządzona została w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden egzemplarz otrzymuje Zleceniobiorca  
i dwa egzemplarze Zleceniodawca.

.....  
/Zleceniodawca/

.....  
/Zleceniobiorca/

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana Danych Osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Białymstoku z siedzibą ul. Kilińskiego 1, 15-089 Białystok, reprezentowany przez Rektora,
- 2) Adresem kontaktowym email do Inspektora Ochrony Danych w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku jest: [iod@umb.edu.pl](mailto:iod@umb.edu.pl),
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych jest firma Simple S.A., współpracująca z UMB, na podstawie umowy powierzenia,
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą zgodnie z przepisami archiwizacji,
- 6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od Administratora Danych dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
- 7) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uzasadnione jest, że Pana/Pani dane osobowe przetwarzane są przez Administratora Danych niezgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji umowy.