



# TECHNOMED

ORGANIZACJA PRACODAWCÓW  
PRZEMYSŁU MEDYCZNEGO

## Formularz odwołania od wyniku walidacji

### Dane Kandydata:

- Imię i nazwisko: .....
- Adres e-mail: .....
- Numer telefonu: .....

### Informacje o walidacji:

- Data walidacji: .....

### Treść odwołania:

- Przyczyna odwołania: .....
- Szczegółowe uzasadnienie: .....

### Załączniki (jeśli dotyczy):

- .....

### Oświadczenie:

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia mojego odwołania.
- Akceptuję „**Informacja dotycząca przetwarzania przez OPPM Technomed danych osobowych przekazanych w formularzu**”
  1. Administratorem danych osobowych podanych w formularzu jest Organizacja Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed z siedzibą w Warszawie (01-548) przy ul. Stefana Czarnieckiego 21/23 lok.1, mail: [biuro@technomed.org.pl](mailto:biuro@technomed.org.pl), tel: [+48 734 718 742](tel:+48734718742).
  2. Administrator zobowiązuje się przetwarzać powierzone mu dane osobowe zgodnie z RODO oraz z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego.
  3. Przekazane dane osobowe będą przetwarzane przez Administratora w celu rozpatrzenia złożonego odwołania.
  4. W oparciu o dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania w rozumieniu RODO.
  5. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do zrealizowania celu ich przekazania.
  6. Osobom, których dane osobowe są przetwarzane, przysługuje prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
  7. Osobom, których dane osobowe są przetwarzane, przysługuje również prawo do wniesienia sprzeciwu oraz skargi do organu nadzorczego.