………………………………   
Miejscowość, dnia

**Wielkopolskie Centrum Ratownictwa  
Medycznego sp. z o.o.   
ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1  
62-510 Konin**

# **WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE USŁUGI**

Świadczenie bezpłatne przeznaczone dla osób uprawnionych   
w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej   
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych   
(Dz. U. z 2018 r. poz. 511).

1. **PAŃSTWA DANE TELEADRESOWE:**

Imię ………………………………………………………………………………

Nazwisko ………………………………………………………………………...

Ulica i numer domu …………………………………………………………….

Kod pocztowy ….........................................................................................

Miejscowość …………………………………………………………………….

Imię i nazwisko osoby przybranej (jeśli dotyczy) …………………………………………………………………………………….

1. **DANE DO KONTAKTU Z PAŃSTWEM LUB OSOBĄ PRZYBRANĄ** (proszę wybrać formę kontaktu i wypełnić):

Adres e-mail …………………………………………………………………….

Numer telefonu (SMS, MMS) ………………………………………………….

Numer faksu …………………………………………………………………….

1. **RODZAJ SPRAWY**   
   Proszę opisać krótko sprawę, jaką chcą Państwo załatwić w Spółce: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. **METODA KOMUNIKOWANIA SIĘ**   
   Proszę wybrać i zaznaczyć a) lub b):   
   a) osoba przybrana,+  
   b) tłumacz (proszę wybrać i zaznaczyć):

polskiego języka migowego (PJM),

systemu językowo-migowego (SJM),

sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN)

**5. DOKUMENTY POTRZEBNE DO ZAŁATWIENIA SPRAWY I FORMA ICH PRZEKAZANIA:**

**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

1. **TERMIN SPOTKANIA**

(**UWAGA! Formularz należy przesłać lub złożyć co najmniej 3 dni robocze przed spotkaniem)**

Dzień (data) …………………………………….  
Godzina ……………………………………

**7. INFORMACJA DLA OSOBY UPRAWNIONEJ**Zgłoszenie zostanie przekazane do właściwego pracownika Spółki,   
który skontaktuje się za pomocą wybranego przez Państwa sposobu komunikowania się ze Spółką w celu potwierdzenia miejsca i terminu spotkania.

**Ważne!**

Jeżeli chcą Państwo skorzystać bezpłatnie ze świadczenia tłumacza PJM, SJM lub SKOGN proszę zabrać ze sobą orzeczenie   
lub zaświadczenie potwierdzające uprawnienie.

……………………………………………………………………………………….  
Data i podpis

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Wielkopolskie Centrum Ratownictwa Medycznego sp. z o.o. ul. Kard. S. Wyszyńskiego 1, 62-510 Konin.   
   Można się z nami skontaktować poprzez:   
   e-mail: [wcrm@pogotowie-konin.net](mailto:wcrm@pogotowie-konin.net) ,  
   fax 63 243 42 42.
2. Informujemy, że Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji zgłoszenia zapotrzebowania na usługę tłumaczenia języka migowego podczas wizyty w Wielkopolskim Centrum Ratownictwa Medycznego sp. z o.o. Konin,   
   a także archiwizacji.
3. Państwa dane osobowe przetwarzamy w związku z wypełnieniem obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającym z ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się oraz ustawy   
   z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
4. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych listownie pod adresem administratora danych, lub elektronicznie e-mail: [i](mailto:i)od@pogotowie-konin.net.
5. Państwa dane osobowe będziemy przechowywać wieczyście, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną, o której mowa w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia   
   18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.
6. Przysługuje Państwu prawo do usunięcia danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub wynika to wymogu prawa, lub gdy dane są już niepotrzebne do przetwarzania danych.
7. Przysługuje Państwu prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
8. Przysługuje Państwu prawo do przenoszenia danych, o ile Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej zgody lub są niezbędne   
   do zawarcia umowy oraz gdy dane te są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
9. Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania.
10. Przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania   
    w związku z Państwa sytuacją szczególną o ile przetwarzanie Państwa danych osobowych jest niezbędne do zrealizowania zadania w interesie publicznym   
    lub sprawowania władzy publicznej.
11. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych o ile uważają Państwo, iż przetwarzanie Państwa danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z prawem.
12. Państwa dane osobowe będą ujawniane podmiotom świadczącym usługi na rzecz administratora danych osobowych w zakresie serwisu i wsparcia systemów informatycznych, utylizacji dokumentacji niearchiwalnej, przekazywania przesyłek pocztowych, osób świadczących usługi tłumacza.
13. Państwa dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany w celu podjęcia jakiejkolwiek decyzji oraz profilowania.

**ADNOTACJE URZĘDOWE**Miejsce spotkania: ………………………………………………………………  
Ustalony termin spotkania: ……………………………………………………..Usługę świadczyć będziePracownik/Pracowniczka Spółki   
(imię i nazwisko):………………………………………………………………...Tłumacz/Tłumaczka   
(imię i nazwisko): ………………………………………………………………..

Inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………….  
Data i podpis