

|                                                      |                |
|------------------------------------------------------|----------------|
| Imię i Nazwisko Pracownika<br>(DRUKOWANYMI LITERAMI) | .....          |
| Dział/Stanowisko                                     | .....<br>..... |
| Numer telefonu komórkowego<br>Pracownika             | .....          |

**Oświadczam, że:**

1. Przystępuję do Programu Sportowego upoważniającego do korzystania z obiektów sportowo-rekreacyjnych 8 razy w miesiącu.
2. Zobowiązuję się do zapłaty kwoty 9,00 zł tytułem 20% ceny za miesięczny Abonament.
3. Wyrażam zgodę i upoważniam Teatr do potrącania z mojego wynagrodzenia kwoty, o której mowa w punkcie 2 Oświadczenia.
4. Jestem świadomy, że dofinansowanie przez Teatr uczestnictwa w Programie, stanowi mój przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym oraz wliczany do podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne, zgodnie z obowiązującymi przepisami, a Teatr jest zobowiązany do pobrania należnych składek z tego tytułu.
5. Zapoznałem się i zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu Programu Sportowego wprowadzonego Zarządzeniem nr 4 Dyrektora Teatru Wielkiego – Opery Narodowej z dnia 30 marca 2023 r.
6. Jestem świadomy, że uczestniczę w zajęciach sportowo-rekreacyjnych wyłącznie na własną odpowiedzialność.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawierających imię, nazwisko, numer telefonu komórkowego, adres e-mail przez Teatr Wielki – Operę Narodową, Pl. Teatralny 1, 00-950 w Warszawie (dalej: Teatr), w tym ich udostępnienie firmie Medicover Sport Sp. z o.o. w celu uczestnictwa w Programie Sportowym. Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody będzie oznaczało rezygnację z Programu Sportowego.
8. Administratorem danych osobowych jest Teatr.

9. Kontakt z inspektorem ochrony danych, do którego mogę kierować wszelkie sprawy związane z przetwarzaniem moich danych osobowych jest możliwy pod adresem e-mail: [iod@teatr Wielki.pl](mailto:iod@teatr Wielki.pl).
10. Przetwarzanie moich danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, czyli na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą.
11. Odbiorcą moich danych osobowych jest firma Medcover Sport Sp.z o.o.
12. Moje dane osobowe przechowywane będą do czasu:
- a. zakończenia realizacji bieżącej edycji Programu lub
  - b. wypowiedzenia uczestnictwa w Programie lub
  - c. cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- Niezależnie od powyższych sytuacji moje dane osobowe będą przechowywane przez okres:
- a. 1 roku od terminu zakończenia realizacji Programu odpowiadającemu okresowi, w którym mogą się ujawnić roszczenia związane z uczestnictwem w Programie, oraz
  - b. 5 lat od zakończenia roku podatkowego po terminie zakończenia realizacji Programu w celu wypełnienia obowiązków Teatru jako pracodawcy wynikających z przepisów prawa.
13. Mam prawo:
- a. dostępu do moich danych osobowych,
  - b. do sprostowania moich danych osobowych,
  - c. do cofnięcia, w dowolnym momencie, zgody na przetwarzanie moich danych osobowych oraz
  - d. w zakresie wynikającym z przepisów – prawo do usunięcia moich danych osobowych, jak również prawo do ograniczenia przetwarzania.
14. Mam również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawie ochrony danych osobowych, jeżeli przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
15. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

16. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Medicover Sport Sp. z o. o. moich danych osobowych Teatrowi Wielkiemu – Operze Narodowej w celu ewaluacji korzystania z usług sportowo-rekreacyjnych w ramach Programu tj. imienia i nazwiska oraz informacji potwierdzającej lub zaprzeczającej o korzystaniu z obiektów sportowych minimum dwa razy w ciągu dwóch miesięcy.

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Data i czytelny podpis Pracownika