

TAGKÓD: ☐☐☐☐☐

NYILATKOZAT Egészségpénztári támogatás folyósításához

Megnevezés	adatok
Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
Rendfokozat:	
Lakcím:	
Telefonszám:	
E-mail:	
Szolgálati hely:	
Egészségpénztári azonosító:	
Egészségpénztár neve:	
Adóazonosító:	

Jelen űrlap kitöltésével és aláírásával hozzájárulok, hogy a Honvéd Érdekképviselői Szervezet az általam fentebb megjelölt egészségpénztárba részemre egyszeri 5000;-Ft és további havi rendszeres támogatást utaljon.

ADATKEZELÉS:

Tudomásul veszem, hogy a belépési nyilatkozatomban feltüntetett személyes adataimat a tagsági jogviszonyom alatt a szervezet érdekképviselői tevékenysége, kapcsolattartás, illetve szolgáltatás nyújtása céljából kezeli, a szervezet részéről „hírlevél” küldésére is kizárólag ezen célból kerül sor. Amennyiben a tag nem kíván tájékoztatást kapni, ezt a szervezet felé jelezheti. A rendezvényekről készült fotók megjelenhetnek a szervezet honlapján és kiadványain, mellyel kapcsolatban kérheti a saját fotójának törlését.

Tudomásul veszem, hogy az általam megadott, a köztem és a szervezet között létrejött jogviszony teljesítéséhez szükséges személyes adatok kezelésére a 2016/679. számú Általános Adatvédelmi Rendelet (GDPR) alapján a szervezetnek **szerződés teljesítése** jogalapon joga van, mivel megfelelő képviselőmet, illetve érdekeim érvényesítését a szervezet így láthatja el. **Az adatkezelés részleteiről, a tag jogairól részletes tájékoztatás a szervezet honlapján található:** <https://www.hsz.hu/oldal/adatkezeles>

Kelt:....., 20.....év.....hó.....nap

