ADATKEZELÉSI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT *TERMÉSZETES SZEMÉLYTŐL*

**Alulírott………………………………………név,** lakcím,…………………………………..……………………………………………………….…………,

anyja neve:…………………….…………………..…………………………………………………...

születési hely és idő::………………………………………………………………………………..

személyi száma:…………………………………………………………………………………………

adószáma:………………………………………………………………………………………………….

telefonszáma:……………….:……………………………………………………………………..…..

email címe:…………………………………………………………………………………………………

mint a *Munka-Kör Alapítvány a Hallássérültekért* szervezettel üzletfélként kapcsolatba került

………………………………………………………… CÉG alkalmazottja, tisztségviselője, képviselője, érintettje, ………………………………. .(a kipontozott részre a cég nevét beírni, a képviselői minőséget pedig aláhúzni vagy beírni kell)

HOZZÁJÁRULOK ahhoz, hogy a MUNKA-KÖR ALAPÍTVÁNY A HALLÁSSÉRÜLTEKÉRT a fenti adataimat kezelje az együttműködésünk során és az azt követő, jogszabályban meghatározott ideig tartóan.

Hozzájárulok továbbá ahhoz is, hogy a MUNKA-KÖR ALAPÍTVÁNY A HALLÁSSÉRÜLTEKÉRT

□ lakcímemre , telefonos és email elérhetőségem alapján értesítéseket küldjön és Tőlem arra válaszokat várjon ;

□ együttműködésünkről kollégáimat és a nyilvánosságot tájékoztassa;

□ az együttműködésünkkel kapcsolatos, másokat is érintő e-maileket közös e-mail útján küldje meg a részemre.

A közvetlen kommunikáció céljából *megadom az alábbi*

**e-mail** elérhetőségemet: …………………………………………………

Tudomásul veszem, hogy az adatkezelési hozzájárulásom csak kifejezetten annak **írásban** megtörténő visszavonásával szűnik meg.

Nyilatkozom arról, hogy megismertem, megértettem és elfogadom a Munka-Kör Alapítvány WEB áruházának *ADATKEZELÉSI SZABÁLYZATÁT.*

Budapest, 20... év ………………..hó ….nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aláírás