

Załącznik Nr 9

UPOWAŻNIENIE

do przetwarzania danych osobowych w

.....
Administrator danych osobowych -
.....
(nazwa pracodawcy)

upoważnia

Panią/ Pana
Zatrudnionej/go na stanowisku
Pełniącego funkcję

do przetwarzania danych osobowych, których administratorem jest

.....
(nazwa pracodawcy)

Upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych o stanie zdrowia Uprawnionych do zakładowego funduszu świadczeń socjalnych w celu przyznawania, ustalania wysokości świadczeń z zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz dochodzenia praw lub roszczeń od uprawnionych do zakładowego funduszu świadczeń socjalnych.

Upoważnienie traci ważność z chwilą jego cofnięcia lub ustania stosunku umownego wiążącego upoważnionego administratorem danych.

.....
(data i podpis osoby upoważniającej)