

MA nr./CPR nr.	Navn
----------------	------

Jeg har læst og accepterer nedenstående samtykkeerklæring

## SAMTYKKEERKLÆRING TIL BEHANDLING AF PERSONOPLYSNINGER

Jeg bekræfter med min underskrift, at jeg giver samtykke til, at Centralforeningen for Stampersonel (CS) og nævnte databehandlere må indsamle og behandle de i tilmeldelsen oplyste personoplysninger om mig (navn, adresse, telefonnummer og Cpr.nr.)

### Jeg er bekendt med, at persondataloven giver mig følgende rettigheder:

- Ret til at blive orienteret om indsamling/behandling af oplysninger til brug for elektronisk databehandling
- Ret til at bede om indsigt i de oplysninger, der behandles elektronisk
- Ret til at gøre indsigelse mod, at oplysningerne behandles elektronisk
- Ret til at kræve berigtigelse, sletning eller blokering af oplysninger, der er urigtige, vildledende eller på lignende måde er behandlet i strid med lovgivningen

Jeg er bekendt med, at jeg kan læse mere om databeskyttelsesforordningen på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

Data behandlere:

Vores data behandlere er Forsvarets Løn- og Pensionssekretariat, Beredskabsstyrelsen, TRYG og Forenede Gruppeliv. Jeg bekræfter ved min underskrift på oprettelsen, at:

- Jeg er indforstået med, at de nævnte data behandlere registrerer og behandler personoplysninger om mig i forbindelse med indmeldelsen
- Jeg er oplyst om, at jeg kan klage over behandling af personoplysninger til Datatilsynet, Borgergade 28, 1300 København K, tlf.: 33193200, eller via e-mail: [dt@datatilsynet.dk](mailto:dt@datatilsynet.dk)
- Jeg er indforstået med, at det er frivilligt at underskrive denne samtykkeerklæring. Hvis jeg ikke underskriver erklæringen, så kan CS ikke behandle min oprettelse til Sundhedsforsikringen – Frivillige forsikringer. Jeg kan til enhver tid tilbagekalde mit samtykke