

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.

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
- 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

Dato

Underskrift

