**Formularz zgłoszeniowy**

**Bank Firm Medycznych Katowickiej SSE S.A.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [pieczęć firmy] | | | | | Miejscowość | | |  |
| Data | | |  |
| **DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**  **do Banku Firm Medycznych Katowickiej SSE S.A** | | | | | | | | |
| Do  Prezesa Zarządu  Katowickiej Specjalnej Strefy Ekonomicznej S.A., | | | | | | | | |
| Niniejszym deklaruję przystąpienie: | | | | | | | | |
| [nazwa podmiotu] | | | | | | | | |
| do Banku Firm Medycznych Katowickiej SSE S.A na zasadach przedstawionych w Regulaminie Banku Firm Medycznych Katowickiej SSE S.A. w wersji aktualnie obowiązującej. | | | | | | | | |
| 🞎 | Firma deklaruje jednorazowa opłatę w wysokości **200,00 PLN plus 23 % VAT** z tytułu administrowania i udostępniania danych w BFM | | | | | | | |
| **Jako osobę do kontaktu wyznaczam:** | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko | | |  | | | | | |
| Stanowisko | | |  | | | | | |
| Służbowy adres e-mail | | |  | | | | | |
| Służbowy telefon stacjonarny | | |  | | | | | |
| Służbowy telefon komórkowy | | |  | | | | | |
| Ulica i nr budynku/lokalu | | |  | | | | | |
| Kod pocztowy i miasto | | |  | | | | | |
| **Dane rejestrowe firmy** | | | | | | | | |
| Nazwa | | |  | | | | | |
| Siedziba: ulica i nr budynku/lokalu | | |  | | | | | |
| Siedziba: kod pocztowy i miasto | | |  | | | | | |
| NIP | | |  | | | | | |
| REGON | | |  | | | | | |
| KRS | | |  | | | | | |
| **Dane firmy – publikowane na BMF Katowickiej SSE S.A.** | | | | | | | | |
|  | | Informacje poniżej proszę wypełnić po polsku | | | | | Informacje poniżej proszę wypełnić po angielsku | |
| Nazwa firmy | |  | | | | |  | |
| Siedziba: ulica i nr budynku/lokalu, kod pocztowy i miasto | |  | | | | |  | |
| Rok rozpoczęcia działalności | |  | | | | |  | |
| Wielkość firmy | | Mikro-przedsiębiorstwo  Małe przedsiębiorstwo  Średnie przedsiębiorstwo  Duże przedsiębiorstwo | | | | | Micro enterprise  Small enterprise  Medium enterprise  Large enterprise | |
| Dane osoby/działu do kontaktu (telefon/email) | |  | | | | |  | |
| Strona internetowa | |  | | | | |  | |
| Krótki opis działalności (max. 2 zdania) | |  | | | | |  | |
| Branża wiodąca | | Farmaceutyczna  Biotechnologiczna  Urządzeń medycznych  Inwersor  Instytut naukowy  Usługi profesjonalne i konsulting  Organizacja pożytku publicznego/non-profit  Inny | | | | | Pharma  Biotechnology  Medical Technology  Investor  Research institute  Professional services and consulting  Public/non-profit organization  other | |
| Druga branża: | |  | | | | |  | |
| Model biznesowy: | |  | | | | |  | |
| Oferta firmy:  Produkt/  rozwiązanie/  technologia | |  | | | | |  | |
| Segmenty klientów: | |  | | | | |  | |
| Certyfikaty: | |  | | | | |  | |
| Podpisy i pieczęcie imienne lub czytelne podpisy osób upoważnionych do reprezentacji firmy: | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 🞎 | Akceptuję Regulamin Banku Firm Medycznych Katowickiej SSE S.A. w wersji aktualnie obowiązującej | | | | | | | |
| 🞎 | Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 833) | | | | | | | |
| *Prosimy przekazać niniejszą deklarację w 2 egz. przedstawicielowi KSSE. Jeden egzemplarz zostanie Państwu odesłany listem poleconym.* | | | | | | | | |
| **Wypełnia KSSE S.A. – Zarządzający Bankiem Firm Medycznych** | | | | | | | | |
| 🞎 | Wyrażam zgodę i włączam firmę do BFM | | | 🞎 | | Nie wyrażam zgody | | |
| Podpisy i pieczęcie imienne osób upoważnionych do reprezentacji KSSE SA: | | | | | | | | |
| Katowice, dn ....................... | | | | | | | | |

Zgoda na przetwarzanie danych zawartych w deklaracji przystąpienia do Banku Firm Medycznych KSSE S.A.

1. Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na:
   1. przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym formularzu przez Katowicką Specjalną Strefę Ekonomiczną S.A. (koordynatora Banku Firm Medycznych KSSE S.A.) z siedzibą w Katowicach, ul. Wojewódzka 42, 40-026 Katowice, wpisaną w rejestrze przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem KRS: 0000106403, NIP: 9541300712, REGON: 273073527 **(TAK/NIE)\***
2. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż:
3. administratorem danych osobowych jest Katowicka Specjalna Strefa Ekonomiczna S.A. (koordynator Banku Firm Medycznych KSSE S.A.);
4. dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego;
5. uprawniony/a jestem do uzyskania dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz przeniesienia danych w zakresie określonym powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
6. podstawą przetwarzania moich danych jest udzielona zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO) i uprawniony/a jestem do cofnięcia udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w każdym czasie;
7. uprawniony jestem do wniesienia skargi do organu nadzorczego w sytuacji zaistnienia podejrzenia, iż przetwarzanie danych realizowane jest z naruszeniem przepisów prawa;
8. Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż:
9. w zakresie przetwarzania moich danych osobowych w Katowickiej Specjalnej Strefie Ekonomicznej SA:
   * + odbiorcami moich danych osobowych będą wyłącznie podmioty z którymi Katowicka Specjalna Strefa Ekonomiczna SA (koordynator Banku Firm Medycznych KSSE S.A.) podpisała umowę na wykonanie działań merytorycznych w ramach Banku Firm Medycznych oraz podmioty upoważnione do uzyskania danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
     + moje dane osobowe przetwarzane będą do czasu odwołania zgody;
     + podanie danych i wyrażenie zgody na ich przetwarzanie jest dobrowolne, lecz jest jednocześnie warunkiem uzyskania statusu uczestnika Banku Firm Medycznych, a jej wycofanie w przypadku braku innych danych kontaktowych do uczestnika Banku Firm Medycznych może skutkować wykreśleniem firmy z grona uczestników Banku Firm Medycznych;

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

/imię i nazwisko/

\* niepotrzebne skreślić