Wniosek o aktywację aplikacji mobilnej iMKA

Zdjęcie

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

PESEL

Data urodzenia – w przypadku obcokrajowców - -

Imię

Nazwisko

Ulica/Osiedle

Nr domu/mieszkania

Kod pocztowy -

Miejscowość

Numer UID poprzedniej karty MKA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
-Administratorem danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku jest Zarząd Dróg Wojewódzkich w Krakowie – jednostka budżetowa Samorządu Województwa Małopolskiego, finansowana przez tenże samorząd. Adres korespondencyjny administratora to: ul. Głowackiego 56, 30-085 Kraków
- dane te będą przetwarzane zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 nr 101 poz. 926 ze zm.),
- podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu wydania oraz korzystania z Karty MKA,
-wyrażanie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne,
- przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
Oświadczam, że podane przeze mnie dane osobowe są pełne i prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu i w pełni akceptuję zawarte w nim postanowienia.
Jestem świadomy/świadoma, że podane przeze mnie dane osobowe, w szczególności zaś mój wizerunek utrwalony na zdjęciu, będą przetwarzane w celu świadczenia usług związanych z Małopolską Kartą Aglomeracyjną (tj. w celu wydania i użytkowania Karty MKA, dokonania personalizacji graficznej oraz elektronicznej Karty MKA, identyfikacji dla celów korzystania z uprawnień reklamacyjnych przewidzianych w związku z korzystaniem z usług publicznego transportu zbiorowego, ustalenia uprawnień do ulg lub przejazdów bezpłatnych, poinformowania o wydaniu Karty MKA lub przekazania informacji o braku lub błędach we wniosku o wydanie karty, a także innych informacji istotnych dla użytkowników związanych z korzystaniem z Karty MKA) na co wyrażam zgodę. Zgoda obejmuje przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach określonych w Regulaminie, w tym także udostępnianie ich wskazanym tam odbiorcom.

Data: - -

Podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, określonych powyżej w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie informacji marketingowych i handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej

Data: - -

Podpis wnioskodawcy lub opiekuna prawnego

Potwierdzam złożenie wniosku o wydanie imiennej karty MKA

Data: - -

Nr wniosku

Podpis pracownika