



## PEŁNOMOCNICTWO

W przypadku wypełniania odręcznego, proszę pisać drukowanymi literami

Ja, niżej podpisany/a (Mocodawca):

|                                  |                     |         |           |
|----------------------------------|---------------------|---------|-----------|
| Imię <sup>1</sup>                |                     |         |           |
| Nazwisko <sup>1</sup>            |                     |         |           |
| PESEL <sup>1</sup>               |                     |         |           |
| Data urodzenia <sup>1,2</sup>    | Płeć <sup>1,2</sup> | kobieta | mężczyzna |
| Telefon do kontaktu <sup>3</sup> | i/lub               |         |           |
| adres e-mail <sup>3</sup>        |                     |         |           |

ustanawiam swym Pełnomocnikiem:

|                                  |                     |         |           |
|----------------------------------|---------------------|---------|-----------|
| Imię <sup>1</sup>                |                     |         |           |
| Nazwisko <sup>1</sup>            |                     |         |           |
| PESEL <sup>1</sup>               |                     |         |           |
| Data urodzenia <sup>1,2</sup>    | Płeć <sup>1,2</sup> | kobieta | mężczyzna |
| Telefon do kontaktu <sup>3</sup> | i/lub               |         |           |
| adres e-mail <sup>3</sup>        |                     |         |           |

i oświadczam, że Pełnomocnik jest upoważniony do występowania w moim imieniu wobec myORLEN sp. z o.o., we wszelkich sprawach związanych z przystąpieniem przeze mnie, realizacją i zakończeniem usługi Pakiet na zdrowie.

W zakresie czynności określonych powyżej pełnomocnik jest upoważniony między innymi do:

- 1) składania i podpisywania wszelkich oświadczeń, wniosków i dokumentów związanych z ww. usługą,
- 2) rozliczania rat,
- 3) odbioru faktur VAT,
- 4) uzyskiwania i udzielania informacji związanych z realizacją ww. usługi.

Zobowiązuję się do niezwłocznego, pisemnego poinformowania myORLEN sp. z o.o. o odwołaniu lub wygaśnięciu niniejszego pełnomocnictwa.

Miejscowość, data

Czytelny podpis Mocodawcy  
(imię i nazwisko)

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych pełnomocnika

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest myORLEN Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (myORLEN) z siedzibą w Warszawie przy ul. Jana Kazimierza 3, 01 – 248 Warszawa.
- 2) myORLEN wyznaczyła Inspektora Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail daneosobowe@myorlen.pl w każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 3) Pani/Pana dane osobowe zostały udostępnione przez Pani/Pana Mocodawcę.
- 4) Zakres Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych przez myORLEN obejmuje: imię, nazwisko, numer PESEL, datę urodzenia oraz płeć w przypadku braku nadanego numeru PESEL.
- 5) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - a) wykonania umowy na świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wiążącej myORLEN z Pani/Pana Mocodawcą oraz podejmowania innych czynności związanych ze stosunkiem prawnym łączącym myORLEN z Pani/Pana Mocodawcą – podstawą prawną przetwarzania jest prawnie uzasadniony interes myORLEN oraz tego podmiotu, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f ogólnego rozporządzenia o ochronie danych nr 2016/679 (RODO) – prawnie uzasadniony interes polega na zapewnieniu wiarygodnej identyfikacji osoby reprezentującej stronę umowy;
  - b) w celu ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez myORLEN – podstawą prawną przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes myORLEN (art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia 2016/679). Prawn
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane dostawcom systemów informatycznych i usług IT oraz podmiotom świadczącym na rzecz myORLEN usługi niezbędne do wykonania umowy na świadczenie usługi Pakiet na zdrowie. Ponadto Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane spółkom z Grupy Kapitałowej ORLEN, w szczególności podmiotowi dominującemu dla celów realizacji uprawnień korporacyjnych i zarządzania Grupą Kapitałową.
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do wykonania umowy na świadczenie usługi Pakiet na zdrowie wiążącej myORLEN z Pani/ Pana Mocodawcą. Okres przetwarzania może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie niezbędne dla ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez myORLEN. Po tym okresie dane będą przetwarzane jedynie w zakresie i przez czas wymagany przepisami prawa, w tym przepisami o rachunkowości oraz przepisami dotyczącymi archiwizacji.
- 8) Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych, żądania ich sprostowania, usunięcia, oraz ograniczenia przetwarzania danych osobowych
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu względem przetwarzania danych osobowych w celu określonym w pkt 5 powyżej, z przyczyn myORLEN prosi o wnoszenie sprzeciwu drogą pisemną lub elektroniczną.
- 10) Przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

<sup>1</sup> Dane niezbędne

<sup>2</sup> Dotyczy osób nieposiadających nadanego numeru PESEL

<sup>3</sup> Dane nieobowiązkowe. Uzupełnienie niniejszego pola stanowi zgodę na przetwarzanie wpisanych danych osobowych przez myORLEN sp. z o.o. w celu ułatwienia kontaktu z Panią/Panem w związku z wykonaniem umowy. Zgodę można wycofać w dowolnym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed jej wycofaniem.