

Imię i nazwisko:.....

Nr PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

.....

Nr telefonu:.....

Adres e-mail:.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany(a), zgodnie z art. 7 ust 2. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27.04.2016 r. wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez NZOZ Zdrowie Plus sp. z o.o. w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji o planowanych wizytach. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem(am) również poinformowany(a) o tym, że dane zbierane są przez NZOZ Zdrowie Plus sp. z o.o., o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawienia oraz, że dane te będą udostępniane innym podmiotom w celu wykonywania badań laboratoryjnych.

.....

data i czytelny podpis