

Dane pacjenta:

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez CPZ Dormed ul. Czarnieckiego 4a , 48-303 Nysa, w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunkach możliwości jej rozliczalności.

Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez CPZ Dormed ul. Czarnieckiego 4a, 48-303 Nysa, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwość ich poprawienia.

.....
czytelny podpis pacjenta

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).