

# ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

IMIĘ I NAZWISKO

PESSEL

Zgoda jest załącznikiem do karty pacjenta i obejmuje dane zawarte w karcie pacjenta

Nr telefonu komórkowego:

Adres email:

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 NZOZ Centrum Stomatologii i Protetyki „SIGMA”s.c. Wisła, ul. Towarowa 2 w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności NZOZ Centrum Stomatologii i Protetyki „SIGMA”s.c. 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 również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez NZOZ Centrum Stomatologii i Protetyki „SIGMA”s.c. o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom poza określone prawem.

Wisła, dnia

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).