

.....  
Miejscowość i data**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Twojego Zdrowia - Guzik MED; ul. Kielecka 2 31-625 (nazwa i adres placówki medycznej) w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności medycznej Centrum Twojego Zdrowia - Guzik MED; ul. Kielecka 2 31-625 (nazwa placówki medycznej).

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 Centrum Twojego Zdrowia - Guzik MED; ul. Kielecka 2 31-625 (nazwa i adres placówki medycznej), o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. 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).