

Rumia.....

Dane pacjenta:

Nazwisko:.....

Imię.....

Nr PESEL

Nr tel.....

Adres e-mail

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 2016* tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **NZOZ PANACEUM Rumia**, ul. Katowicka 16, 84-230 Rumia, 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 PANACEUM Rumia**.

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 PANACEUM Rumia** 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).