

Tarnowskie Góry dnia

Dane pacjenta:

Nazwisko Imię.....

Nr PESEL

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

adres e-mail

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 NZOZ STOM-KA w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej, powiadomienia SMS i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności NZOZ STOM-KA.

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 STOM-KA, 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).