

Oleśnica,

Imię i Nazwisko:

.....

Nr PESEL

nr telefonu:

adres e-mail:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany /a 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 Indywidualna Praktyka Lekarska KARO-DENT Karolina Tropak 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 KARO-DENT.

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 warunkach możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez KARO-DENT o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Administratorem danych osobowych jest Indywidualna Praktyka Lekarska KARO-DENT z siedzibą w Oleśnicy przy ul. Wileńskiej 31B

.....
czytelny podpis

*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).