

Kielce, dn

DANE PACJENTA

Nazwisko

Imię

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/y, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r., tzw RODO*, wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez MA-DENT STOMATOLOGIA ul. Warszawska 21/5, 25-512 Kielce na potrzeby komunikacji w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności MA-DENT STOMATOLOGIA ul Warszawska 21/5, 25-512 Kielce.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość wycofania jej w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi postawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałam/em również poinformowany, że dane zbierane są przez MA-DENT STOMATOLOGIA ul Warszawska 21/5, 25-512 Kielce, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie do wglądu, możliwości ich poprawienia oraz że dane te mogą być przekazane innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa: podmiotom przetwarzającym, np. laboratoriom diagnostycznym, firmom prawniczym, informatycznym, biurach rachunkowym.

.....
Czytelny podpis pacjenta/rodzica lub opiekuna

*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).

