

Miejscowość i data

Nazwisko i Imię

PESEL _ _ _ _ _

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:

Szpital Specjalistyczny PRO-FAMILIA Sp. z o.o. Sp. K. ul. Witolda 6b, 35-302 Rzeszów 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 Szpitala Specjalistycznego PRO-FAMILIA Sp. z o.o. Sp.k. ul. Witolda 6b, 35-302 Rzeszów. Dane osobowe będą przetwarzane przez podmioty zapewniające techniczną obsługę komunikacji, które spełniają wymagania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych.

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 Szpital Specjalistyczny PRO-FAMILIA Sp. z o.o. Sp. K. ul. Witolda 6b, 35-302 Rzeszów, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania.

.....
(czytelny podpis pacjenta)

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