



**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I PRZESYŁANIE INFORMACJI
HANDLOWYCH (RODO*)**

Imię i nazwisko Pacjenta:

Pesel:

Wiek:

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 STOMATOLOGIĘ DZIECIĘCĄ WIEWIÓR.KA Sp. z o.o. ul. C.K.Norwida 7 80-280 Gdańsk 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 STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ WIEWIÓR.KA Sp. z o.o.

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 STOMATOLOGIĘ DZIECIĘCĄ WIEWIÓR.KA Sp. z o.o. ul. C.K.Norwida 7 80-280 Gdańsk, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

*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).

.....

.....

Data

podpis Pacjenta/Rodzica/Opiekuna Prawnego