



DANE DO KONTAKTU :

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania pacjenta

.....
Imię i nazwisko opiekuna (stopień pokrewieństwa)

.....
Telefon kontaktowy opiekuna

.....
E-mail opiekuna

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych kontaktowych

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z art.6 ust.1 lit. a ogólnego Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 tj. RODO, do celów:

- odpowiedzi, kontaktu
- informowania o wydarzeniach i prowadzonych programach profilaktycznych

.....
(data, czytelny podpis opiekuna)