

.....
(pieczęć nagłówkowa)

Dane pacjenta:

Nazwisko Imię

Nr PESEL

Nr telefonu komórkowego

adres e-mail.....

**FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ
„PATYK IWONA SPIROCLINIC SPECJALISTYCZNE GABINETY LEKARSKIE”**

Ja niżej podpisany / podpisana oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem
prawnym mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)

.....(PESEL dziecka) i wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2
Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016
r. tzw. RODO¹ wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich
danych osobowych przez **Patyk Iwona SpiroClinic Specjalistyczne Gabinety
Lekarskie**

w celu:

1. prowadzenia karty pacjenta oraz opisu historii choroby wraz z podjętymi zaleceniami,
2. otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności **SpiroClinic Specjalistyczne Gabinety Lekarskie**,
3. Inne:

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 **Patyk Iwona SpiroClinic Specjalistyczne Gabinety Lekarskie** z siedzibą w Bydgoszczy, ul. Kościuszki 34/3, celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(czytelny podpis)

¹ 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).