**DRUK ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA**

|  |
| --- |
| ORTODONTIC Lilianna Rzucidło-Siłakowska  al. Tadeusza Rejtana, nr 9  35-326 Rzeszów |

Miejscowość i data:

**Dane Pacjenta:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

**Dane kontaktowe:**

nr telefonu:

adres e-mail:

Ja niżej podpisany/podpisana 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

ORTODONTIC Lilianna Rzucidło-Siłakowska

al. Tadeusza Rejtana, nr 9

35-326 Rzeszów

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

ORTODONTIC Lilianna Rzucidło-Siłakowska

al. Tadeusza Rejtana, nr 9

35-326 Rzeszów

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

ORTODONTIC Lilianna Rzucidło-Siłakowska

al. Tadeusza Rejtana, nr 9

35-326 Rzeszów

o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

czytelny podpis pacjenta

\*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).