

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana / podpisany

.....

dobrowolnie i świadomie, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie : imienia i nazwiska , adresu zamieszkania , numeru telefonu oraz adresu email przez administratora, tj. przez NZOZ Ortodonta, Stomatolog , Chirurg prowadzony przez Jodytę Prusko-Findzińską, którego siedziba znajduje się w Prudniku 48-200 , ul. Parkowa 8 ,w celach leczniczych , w czasie niezbędnym do realizacji ww. celu / celów przetwarzania, jak również w okresie późniejszym, jeśli wymagać tego będą od administratora odrębne przepisy prawa albo zapisy umów, czy innych instrumentów prawnych obligatoryjnych dla administratora.

Jednocześnie oświadczam, że administrator poinformował mnie, przed wyrażeniem zgody, że mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem, i że wycofanie zgody będzie równie łatwe jak jej wyrażenie.

.....
(data) (czytelny podpis osoby informowanej)

* niepotrzebne skreślić lub usunąć