

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

IMIĘ i NAZWISKO : ..... PESEL : .....

### Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego:	
Adres a-mail:	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. przez „PRIMUS” Sp. z o.o., w Brudzowicach ul.Szkolna 12, 42-470, w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt jak również informacji o medycznej działalności Placówki.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez „PRIMUS” Sp. z o.o. przy ul.Szkolnej 12, 42-470 Brudzowice, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi.

Brudzowice dn. ....

.....  
Podpis pacjenta

### **Klauzula informacyjna**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „PRIMUS” Sp.zo.o., znajdujący się na ulicy Szkolnej 12, 42-470 Brudzowice. Podane dane osobowe przetwarzane są w celach kontaktowych, marketingowych oraz informacyjnych na podstawie Artykułu 6 pkt.1a RODO. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Pełna klauzula informacyjna znajduje się w rejestracji oraz na stronie internetowej <https://nzozprimus.pl/>