

Wzór
zgody świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych

Nr telefonu komórkowego: (nieobowiązkowe)

Nr telefonu stacjonarnego: (nieobowiązkowe)

Adres e-mail: (nieobowiązkowe)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ.U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.), w szczególności przekazanych przeze mnie danych oraz wyników badań dla potrzeb realizacji i monitorowania profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przysłanie pocztą prawidłowego wyniku badania oraz przekazanie pocztą e-mail/ przekazanie drogą SMS ** zawiadomienia o kolejnej wizycie.

.....
Miejscowość i data
** niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis świadczeniobiorcy