

Bełchatów, dn.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Nazwisko imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego :

--	--	--

 –

--	--	--

 –

--	--	--

Nr telefonu stacjonarnego : (

0	4	4
---	---	---

)

--	--	--

 –

--	--

 –

--	--

Adres e-mail:

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej, z siedzibą w Bełchatowie przy ul. Czaplinieckiej 93/95 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 NZOZ „MegaMed” sp. z o.o.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Bełchatowie przy ul. Czaplinieckiej 93/95, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Czytelny podpis