Przychodnie zdrowia
MegaMed
GRUPA LUXMED

MegaMed sp. z o.o. 97-400 Bełchatów,
ul. Czapliniecka 93/95

Bełchatów, dnia .....

Odwołanie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany

Nazwisko ..... imię .....

PESEL

niniejszym oświadczam, iż odwołuje wyrażoną w dniu ..... zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez MegaMed Sp. z o.o. z siedzibą w Bełchatowie przy ul. Czaplinieckiej93/95.

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego: □□□-□□□-□□□

Nr telefonu stacjonarnego: [□□□] □□□-□□-□□

Adres e-mail :

W związku z powyższym 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.) **nie wyrażam zgody na dalsze** *przetwarzanie w/w danych osobowych przez MegaMed Sp. z o.o., 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 MegaMed sp. zo.o.*

Oświadczenia osoby wypełniającej:

Oświadczam, że wszystkie ww dane osobowe, są zgodne z prawdą oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania MegaMed sp. zo.o. o zmianie tych danych.

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 MegaMed sp. z o.o. 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