

Imie Nazwisko - \_\_\_\_\_

Miasto i Data \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Kod pocztowy Miasto - \_\_\_\_\_

PESEL - \_\_\_\_\_

Nr tel: \_\_\_\_\_

Email - \_\_\_\_\_

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji świadczeń zdrowotnych**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych CENTRUM MEDYCZNE DĄBRÓWKA Bąk, Juszcak Sp. Jawna, z siedzibą przy ul. Herbowa 2, 62-070 Dąbrówka, numer KRS 0000491685, nr REGON 302616457, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych,.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

\_\_\_\_\_  
Podpis