

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 13 RODO Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informuję, że

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez:

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych

Celem przetwarzania danych osobowych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem tych danych w rozumieniu obowiązujących przepisów jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, pod adresem ul. 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne.
2. Podanie danych jest dobrowolne i są one zgodne z prawdą.
3. Mam prawo dostępu do treści moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
4. Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie.
5. Zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli Informacyjnej Ochrony Danych Osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych.

Ustrzyki Dolne dn.,

.....

Podpis