

.....  
Miejscowość i data

"SANATUS MED"

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  
75-621 KOSZALIN, ŻWIROWA 10  
NIP: 6692524566 Regon: 361670838  
tel./fax: 94 346 33 63, 694 447 434  
16-00-05338-18-01/01-01-15-0460  
PORADNIA LEKARZA POZ

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Nr PESEL: \_ \_ \_ \_ \_

Zakres danych:

nr telefonu: .....

adres email: .....

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez SANATUS MED Sp. z o.o. z siedzibą w Koszalinie przy ulicy Żwirowej 10 w celu komunikacji, korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności przychodni. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez SANATUS MED Sp. z o.o. z siedzibą w Koszalinie przy ulicy Żwirowej 10 o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....  
czytelny podpis pacjenta

\*Rozporządzenie 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).