Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..…...

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………..

Nr telefonu………………………………………………………………………………………………..….

Adres poczty elektronicznej……………………………………………….……………………..….….

PESEL………………………………………………………………………………………………………….

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej** przez **Ośrodek Zdrowia w Tyńcu Legnickim.** W celu kontaktu telefonicznego, e-mail oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących wizyt.

**Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej** przez **Ośrodek Zdrowia w Tyńcu Legnickim.** Przyjmuję do wiadomości, że w związku z powyższym niemożliwe będzie szybkie poinformowanie mnie o terminie wizyty lub ewentualnej jej zmianie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że przysługuje mi możliwość wycofania zgody w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

Administratorem danych osobowych jest Ośrodek Zdrowia w Tyńcu Legnickim 54, 59-243 Tyniec Legnicki.

Inspektorem ochrony danych w Ośrodku Zdrowia w Tyńcu Legnickim jest MW Libra sp. z o.o. sp. K

Ryszard Fudali, tel. 501 283 504 spzoztynieclegnicki@wp.pl

*Podstawa prawna: 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).*

Data:……………………………… Podpis pacjenta: ……………………..……………………