

.....
(pieczęćka jednostki organizacyjnej)

Imię i nazwisko pacjenta:..... **Nr ks. gł.:**.....

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (Dz. Urz. UE L 119 z 2016 r.) zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z przysługującym prawem dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
data i podpis pacjenta

ZGODA NA PRZESYŁANIE INFORMACJI HANDLOWEJ

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Spółkę Z o.o moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska i adresu do korespondencji w celu przesyłania mi informacji dotyczących produktów i usług oferowanych przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Spółkę. Z o.o za pomocą wiadomości listownych.

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Spółkę. Z o.o moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania mi informacji dotyczących produktów i usług oferowanych przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Spółkę. Z o.o za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Wyrażam / Nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci podanego przeze mnie numeru telefonu przez „Nefrolux” Wojciech Kamiński, Maciej Kamiński Spółkę. Z o.o w celu kontaktu przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo telekomunikacyjne.

.....
data i podpis pacjenta