

ZGODA

DANE PACJENTA:

Imię

Nazwisko

PESEL

Wyrażam zgodę¹ na:

1. Przekazywane mi informacji o badaniach profilaktycznych i akcjach promocji zdrowia wykonywanych przez „Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny” sp. z o.o. za pośrednictwem telefonu albo poczty elektronicznej.
2. Wyrażam zgodę na przekazywanie oferty handlowej przez „Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny” sp. z o.o. za pośrednictwem telefonu albo poczty elektronicznej.

Wskazuję numer telefonu.....

Wskazuję adres poczty elektronicznej.....

Zgoda jest w pełni dobrowolna i może być w każdym czasie wycofana.

Wycofanie zgody wywołuje skutek od daty złożenia oświadczenia woli o wycofaniu zgody.

Szczegółowa informacja w zakresie art. 13 RODO oraz zasad przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie www.swietarodzina.com.pl

.....
Podpis Pacjenta

¹Zgoda na podstawie art. 172 prawa telekomunikacyjnego oraz art. 9 ust. 2 lit a) RODO