

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Pieczęć podmiotu leczniczego)

## ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku podpisania **Deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej oraz lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej**

moje dane osobowe przetwarzane będą przez

**REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu**

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz rozporządzenie parlamentu europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r.) **w zakresie, w jakim jest to niezbędne do realizacji usług i leczenia, oraz do ich zabezpieczenia finansowego.** Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania swoich danych, o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania i przetwarzania lub ich usunięcia.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych **do realizacji usług i leczenia** przez **REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu,** oraz do ich zabezpieczenia finansowego.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

Odwołuję zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **do realizacji usług i leczenia** przez **REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu,** oraz do ich zabezpieczenia finansowego.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez

**REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu**

zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych oraz rozporządzenie parlamentu europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46 z 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r.) **w celach marketingowych.** Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności podania swoich danych, o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania i przetwarzania lub ich usunięcia.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych **w celach marketingowych** przez **REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu.**

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)

Odwołuję zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w celach marketingowych** przez **REMEDIUM S.C. E. Walczak-Pawłowska, T. Kowalczyk NZOZ Ośrodek Zdrowia w Międzyborzu.**

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Data)

.....  
(Podpis)