

.....

Śrem, dnia

.....

.....

(Dane pacjenta)

Zakres danych:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
 PRZEZ Administratora – Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego
 w Śremie sp. z. o. o.:**

Ja niżej podpisany/a stosownie do treści art. 7 ust. 2 Rozporządzenia 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 (RODO) wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z. o. o. 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 Szpitala Powiatowego im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z. o. o.

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 o tym, że dane zbierane są przez szpital Powiatowy im. Tadeusza Malińskiego w Śremie sp. z. o. o. o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Oświadczam, że nie jestem objęta/ty kwarantanną ani nadzorem sanitarnym.

.....

(czytelny podpis pacjenta)