**Gaya Diagnoza i Terapia** ul. Kościuszki 52/7, 08-400 Garwolin REGON: 141101039 NIP: 8261279318 Tel: 503751824

***Dane pacjenta:***

**Imię i nazwisko:** …………………………………

 **PESEL:**………………………………………………..

**Telefon:** ……………………………………………..

**Adres zamieszkania**: ………………………….

***Dane opiekuna:***

**Imię i nazwisko:** ………………………………….

 **PESEL:**…………………………………………………

**Oświadczenie opiekuna**

 Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez placówkę o nazwie Gaya Diagnoza i Terapia, ul. Kościuszki 52 /7, 08-400 Garwolin w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez placówkę o nazwie Gaya Diagnoza i Terapia. 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 placówkę o nazwie Gaya Diagnoza i Terapia, ul. Kościuszki 52 /7, 08-400 Garwolin, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.......................................

data i podpis Opiekuna

\*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).