**Medica Sp. z o.o.**

ul. Ks. J. Gałeczki 54,

41-500 Chorzów

REGON: 00344029000022

NIP: 6461009278

Tel: 322413865

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………………………

(Dane rodzica, opiekuna prawnego)

Pesel………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu…………………………………………………………………………………………………………………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medycyny i Stomatologii Medica tj. NZOZ MEDICA SP. Z O.O., ul. Gałeczki 54, 41-500 Chorzów, zgodnie z art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Z 2002 r. NR 101, poz. 926 z póź. Zm.). Oświadczam, że został(em) poinformowan(y) o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce.

Proszę o przesłanie mojej dokumentacji: (jakiej)………………….……………………………………………….…….

plikiem zaszyfrowanym na adres e-mail:

……………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….

Data i podpis: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..