

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* **wyrażam zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych mojego dziecka**

.....
**przez Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Samorządowa 5, 38-321 Moszczenica**

w celu świadczenia usług medycznych, komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących, planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy. 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 Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz także, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. 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).

.....
Czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* **wyrażam zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych mojego dziecka**

.....
**przez Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Samorządowa 5, 38-321 Moszczenica**

w celu świadczenia usług medycznych, komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących, planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy. 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 Ośrodek Zdrowia w Moszczenicy o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz także, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. 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).

.....
Czytelny podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego