

.....
(Imię, nazwisko)

.....
(numer PESEL/numer paszportu)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka, w postaci imienia i nazwiska,
(niepotrzebne skreślić)
adresu zamieszkania, numeru PESEL, daty urodzenia, numeru telefonu oraz adresu e-mail, a nadto danych osobowych szczególnej kategorii dotyczących stanu zdrowia. Administratorem tych danych jest Szymon Konieczny, właściciel Szymon Konieczny Fizjoterapia, NIP: 8971896606; adres przechowywania danych ul. Tadeusza Kościuszki 59/7, 50-008 Wrocław. Dane wykorzystywane są w celu realizacji świadczeń fizjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych. Do danych osobowych mają dostęp upoważnieni przez Administratora pracownicy zajmujący się rejestrowaniem wizyt telefonicznie i stacjonarnie.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią zgody oraz rozumiem, że przysługuje mi prawo do:
 - a. informacji o celu i sposobach przetwarzania moich danych osobowych,
 - b. cofnięcia wyrażonej zgody,
 - c. dostępu do swoich danych ,
 - d. poprawienia danych,
 - e. usunięcia danych,
 - f. żądania ograniczenia przetwarzania danych,
 - g. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
 - h. przeniesienia danych,
 - i. złożenia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Informacji Osobowych.

Rozumiem, że zgoda na przetwarzanie danych osobowych i na rejestrację w systemie medycznym Medfile jest dobrowolna oraz, że odmowa wyrażenia tej zgody uniemożliwi świadczenia usługi fizjoterapeutycznej i rehabilitacyjnej.

Rozumiem, że zgody na informacje marketingowe oraz przypomnienia drogą elektroniczną są dobrowolne. W razie ich odmówienia Szymon Konieczny Fizjoterapia nie będzie się z Panią/Panem kontaktować w tych sprawach.

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę, na rejestrowanie wizyt w systemie medycznym Medfile: (zgoda konieczna do wykonania zabiegu)

NIE TAK

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę, na otrzymywanie przypomnień o zbliżającym się terminie wizyty za pośrednictwem wiadomości SMS i/lub email:

NIE TAK (na adres:....., nr. tel.:.....)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę, na otrzymywanie informacji marketingowych od Szymon Konieczny Fizjoterapia na adres e-mail:

NIE TAK (na adres:.....)

.....
(podpis)