Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………..…………….

Nr telefonu……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….

Adres poczty elektronicznej……………………………………………….……………….….…………………………………………………………….

PESEL………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..……………

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej** przez **Gminny Ośrodek Zdrowia w Piotrowicach 59-424 Męcinka , Piotrowice 113** w celu kontaktu telefonicznego, e-mail oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących wizyt.

**Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej**
przez **Gminny Ośrodek Zdrowia w Piotrowicach 59-424 Męcinka , Piotrowice 113**. Przyjmuję do wiadomości, że w związku z powyższym niemożliwe będzie szybkie poinformowanie mnie o terminie wizyty lub ewentualnej jej zmianie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że przysługuje mi możliwość wycofania zgody w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

*Podstawa prawna: 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).*

Data: ………………………………………..………………Podpis pacjenta: ……………………………………………………..………..