

061/10024 Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Przychodnia Zdrowia w Słomnikach  
PORADNIA OGÓLNA  
32-090 Słomniki, ul. św. Jadwigi Królowej 2  
tel. 12 388 29 99  
NIP 944-19-89-022, REGON 357372498  
000000006687/01/001/0010

Słomniki, dn. ....

Pieczczę Przychodni

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Zdrowia w Słomnikach

Dane Pacjenta:

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon: .....

e-mail: .....

### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

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 SP ZOZ Przychodnię Zdrowia w Słomnikach w celach statystycznych, komunikacji, korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności SP ZOZ Przychodni Zdrowia w Słomnikach.

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 SP ZOZ w Słomnikach, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą przekazywane do państw trzecich.

.....  
czytelny podpis Pacjenta

#### 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).