

.....
Imię i nazwisko

Miejscowość, data

.....
Adres

.....

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/y 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 przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w tutejszym ZOD FREGATA sp. z o. o.

Wiem, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu przyjęcia mnie do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego. Jestem świadoma/y, że mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie oraz żądania od administratora danych osobowych, którym jest ZOD FREGATA sp. z o. o. z siedzibą w Świnoujściu przy ul. Bydgoskiej 14, do dostępu i poprawiania moich danych osobowych. Zostałam/em poinformowana/y o prawie do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Danych Osobowych jeśli sposób przetwarzania moich danych osobowych może naruszać przepisy prawa.

.....
Podpis Pacjenta
lub jego ustawowego opiekuna

*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)