

OŚWIADCZENIE o wyrażeniu/niewyrażeniu zgody na otrzymywanie informacji

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych przez MEDIC CENTRUM sp. z o.o. w celu bezpłatnego otrzymywania informacji i powiadomień o:

- potwierdzeniu rezerwacji wizyty*,
- zbliżającym się terminie wizyty*,
- terminie szczepienia*,
- konieczności doniesienia skierowania*
- odwołaniu lub przełożeniu wizyty*
- informacji na temat zmian w godzinach funkcjonowania podmiotu leczniczego*
- informacji o możliwości odbioru wyników badań*
- informacji o możliwości skorzystania z programu profilaktycznego*
- informacji o usługach oferowanych przez podmiot leczniczy*

na wskazany nr telefonu/adres e-mail* zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – zwanego dalej RODO.

Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y i przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest MEDIC CENTRUM Sp. z o.o. z siedzibą ul. Rydzowa 22, 91-211 Łódź;
2. podanie danych jest w pełni dobrowolne i nie wpływa na zakres udzielanych mi świadczeń opieki zdrowotnej ani też nie jest niezbędne celem udzielania tych świadczeń przez podmiot leczniczy,
3. mam prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
4. przed wyrażeniem zgody zostałam/zostałam poinformowany/poinformowana, iż mam prawo do wycofania wyrażonej zgody w dowolnym czasie i dowolnej formie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

1. Imię	2. Nazwisko
3. Numer telefonu/adres e-mail*	4. Zgoda na kontakt telefoniczny/e-mail*
	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody
5. Zgoda na otrzymywanie wiadomości sms na numer telefonu	
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody	
6. Data	7. Podpis

*niepotrzebne skreślić