Załącznik Nr 4 do warunków

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i Nazwisko

.....
Adres zamieszkania

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ofercie złożonej na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez **lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, pełniącego funkcję Kierownika Domu Dziennej Opieki Medycznej** realizowanego przez Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22, 30- 224 Kraków, nr Projektu RPMP.09.02.01-12-0002/18

Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że wyrażenie zgody jest dobrowolne oraz że mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed jej wycofaniem.

.....
(czytelny podpis)