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 specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu** na rzecz uczestników projektu pn. ***„Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”*** realizowanego przez Krakowskie Centrum Rehabilitacji i Ortopedii, al. Modrzewiowa 22, 30- 224 Kraków nr. Projektu RPMP.08.06.02-12-0172/18

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)