

## Kwestionariusz zgody na przetwarzanie danych osobowych według RODO\*

### Dane pacjenta:

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Adres: .....

### Zakres danych:

nr telefonu komórkowego:..... adres e-mail (opcjonalnie) :.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń z siedzibą w Warszawie, ul. Nugat 3, w celu komunikacji i korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej lub poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, wyników badań diagnostycznych, historii medycznej, zabiegów medycznych wykonywanych Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi możliwość wycofania tej zgody w każdym momencie oraz oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem poinformowany o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania, jak również możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom. Dane zbierane są przez Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń z siedzibą w Warszawie, ul. Nugat 3.

Warszawa, dnia .....  
(czytelny podpis pacjenta)

\*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).

## Kwestionariusz zgody na przetwarzanie danych osobowych według RODO\*

### Dane pacjenta:

Nazwisko ..... Imię ..... PESEL .....

Adres: .....

### Zakres danych:

nr telefonu komórkowego:..... adres e-mail (opcjonalnie) :.....

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń z siedzibą w Warszawie, ul. Nugat 3, w celu komunikacji i korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej lub poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, wyników badań diagnostycznych, historii medycznej, zabiegów medycznych wykonywanych Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi możliwość wycofania tej zgody w każdym momencie oraz oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem poinformowany o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania, jak również możliwości wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom. Dane zbierane są przez Centrum Medycyny Zapobiegawczej i Rehabilitacji NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń z siedzibą w Warszawie, ul. Nugat 3.

Warszawa, dnia .....  
(czytelny podpis pacjenta)

\*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).