Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………..…...

Adres zamieszkania……………………………………………………………………………………………………….…..

Nr telefonu……………………………………………………………………………………………………………….…..….

Adres poczty elektronicznej……………………………………………….……………………………….……..….….

PESEL………………………………………………………………………………………………………………………………….

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej** przez **Gminną Przychodnię Zdrowia w Legnickim Polu, przy ul. Klasztornej 20.** w celu kontaktu telefonicznego, e-mail oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących wizyt.

**Nie wyrażam zgody na przetwarzanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej** przez **Gminną Przychodnię Zdrowia w Legnickim Polu, przy ul. Klasztornej 20.** Przyjmuję do wiadomości, że w związku z powyższym niemożliwe będzie szybkie poinformowanie mnie o terminie wizyty lub ewentualnej jej zmianie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że przysługuje mi możliwość wycofania zgody w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

Administratorem danych osobowych jest Gminna Przychodnia Zdrowia w Legnickim Polu przy ul. Klasztornej 20, 59-241 Legnickie Pole.

Inspektorem ochrony danych w Gminnej Przychodni Zdrowia w Legnickim Polu jest Mariusz Kania, e-mail: spzoz\_lpole@op.pl, tel. 76-8582825

*Podstawa prawna: 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).*

Data:……………………………… Podpis pacjenta: ……………………..……………………