

## **ZAŁĄCZNIK NR 2 – ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH DROGĄ MAILOWĄ**

### **Różane Centrum Medyczne**

ul. Teligi 4 lok. 7, 99 – 300 Kutno

REGON: 101316676

NIP: 7752475838

Tel. 604 451 759

Dane pacjenta:

Nazwisko: .....

Imię:.....

Adres:.....

Nr PESEL:.....

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego .....

adres e-mail.....

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych drogą mailową**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679\* z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Różane Centrum Medyczne w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Różanego Centrum Medycznego.

Wskazana zgoda stanowi również potwierdzenie realizowania przez Różane Centrum Medyczne obowiązku przetwarzania danych.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, a dane będą przechowywane w czasie nie krótszym niż wskazane przez obowiązujące prawo. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Różane Centrum Medyczne, a także o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Za pośrednictwem wyżej wskazanego oświadczenia wyrażam zgodę na przetwarzanie danych drogą mailową.