

Data.....

Neurocentrum Joanna Monika Galas  
Ul. Żeromskiego 1 lok. 398  
01-887 Warszawa

Dane Pacjenta:

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego \_\_\_\_\_

Adres email \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

#### ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/670 z dnia 27 kwietnia 2016 roku (RODO), wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Neurocentrum Joanna Monika Galas, ul. Żeromskiego 1 lok. 398, 01-887 Warszawa w celu korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Neurocentrum Joanna Monika Galas.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art.7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, 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 Neurocentrum Joanna Monika Galas, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

---

Czytelny podpis pacjenta lub jego opiekuna prawnego