

Piła, dnia.....

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

W związku z realizacją wymogów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych „RODO” **wyrażam zgodę** na przetwarzanie danych osobowych w związku z przebywaniem w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Piłe, przy ul. Królewskiej 8 Towarzystwa Pomocy Chorym im. Sł. Bożej St. Leszczyńskiej w Piłe (będące administratorem tych danych osobowych) i przyjmuję do wiadomości, iż celem przetwarzania w/w danych osobowych jest dokonanie wszelkich czynności związanych z pobytem w Zakładzie.

Jednocześnie oświadczam, że udzielam zgody dobrowolnie oraz że zostałem/am poinformowany/na o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....
(podpis)