



PACJENT : PESEL

Telefon : e-mail :

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia parlamentu Europejskiego i rady UE 2016/679 z kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych przez ELA.DENT GABINET STOMATOLOGICZNY AGNIESZKA BŁOTNICKA-FORTUNA, Rzeszów ul. Ofiar Katynia 3A, będącą właścicielem gabinetu stomatologicznego ELA.DENT w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty e-mail informacji planowanych wizyt, jak również informacji i medycznej działalności Gabinetu Stomatologicznego ELA.DENT

Rzeszów

.....

(podpis pacjenta/opiekuna)

* 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 95/45/WE