

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celach niezbędnych do procesu leczenia zaćmy w Těšín Medic Clinic ul. Ostravská 782, 737 01 Český Těšín, w tym na przekazanie mojego numeru telefonu i danych wrażliwych do firmy CX Care sp. z o.o. w celu umówienia wizyty kwalifikacyjnej do zabiegu usunięcia zaćmy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych oraz zgodnie z art. 6 ust.1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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.

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)