

Koszalin, data.....

.....
.....
.....
(Imię i nazwisko i adres)

**ZGODA
na przetwarzanie danych osobowych**

Ja niżej podpisany/a zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych mojego dziecka:

(imię i nazwisko)

data i miejsce urodzenia:,

zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu diagnostyki, profilaktyki oraz terapii i rehabilitacji dziecka przez Centrum Diagnostyczno Rehabilitacyjne Neuro – Thera – Med sp. z o.o. z siedzibą w Koszalinie jako administratora danych w związku prowadzoną przez spółkę działalnością. W szczególności wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych obejmujących stan zdrowia dziecka.

Jednocześnie wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych i danych mojego dziecka, w tym zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w bazie danych administrowanej przez Centrum Diagnostyczno Rehabilitacyjne Neuro – Thera – Med. Sp. z o.o.

Podawane dane osobowe udostępniane są na zasadzie dobrowolności.

Rozumiem, że przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich kontroli, prawo ich uzupełnienia, sprostowania, uaktualnienia oraz żądania ich usunięcia.

.....
(Data i podpis osoby pełnoletniej, rodzica,
opiekuna prawnego, osoby sprawującej pieczę zastępczą