

Zgoda Nr /2026

Gdynia, dnia 2026 r.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/na

PESEL:

NR / SERIA – DOWÓD OSOBISTY / INNY DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY TOŻSAMOŚĆ

.....

oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Centrum Zdrowia Animus znajdującego się przy ul. Oficerska 7A, 81-548 Gdynia, NIP: 5862235821, w tym z informacją:
 - a. o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych przez osoby i podmioty upoważnione;
 - b. prawie: dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania treści swoich danych osobowych;
 - c. prawie: cofnięcia zgody
2. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z klauzulą informacyjną.

.....

Data/ Czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę