

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA, W TYM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ *

Może Pan/Pani wycofać zgodę w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na jej podstawie przed wycofaniem

Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych dotyczących zdrowia zawartych w przedstawionej przeze mnie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej, na potrzeby likwidacji zgłoszonej szkody z dnia

....., dnia

Miejscowość

data

podpis

*** DO UZUPEŁNIENIA W PRZYPADKU PRZEDSTAWIENIA DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCYCH ZDROWIA, W TYM DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**