

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

| | |
|------------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL | |
| Kontakt (tel., e-mail) | |

W oparciu o art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. („RODO”),

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Biogene Sp. z o.o. z siedzibą w Grodzisku Mazowieckim (05-825), przy ul. Kilińskiego 11/14 w celu świadczenia na moją rzecz usług medycznych oraz przesyłania wszelkich niezbędnych informacji organizacyjnych (w tym dokumentacji medycznej) drogą telefoniczną, drogą e-mail lub pocztową.

Wyrażona przez Pana/Panią zgoda może zostać wycofana w każdej chwili. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania Pana/Pani danych osobowych, którego dokonano na podstawie wyrażonej przez Pana/Panią zgody, przed jej wycofaniem. Oświadczenie o wycofaniu zgody na przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych w wyżej wskazanym celu, należy kierować na adres mailowy kontakt@ameds.pl.

Data, czytelny podpis

| | TAK | NIE |
|---|-----|-----|
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez firmę Biogene Sp. z o.o. moich danych osobowych w celach marketingowych. | | |
| Wyrażam zgodę na używanie przez firmę Biogene Sp. z o.o. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jest użytkownikiem, dla celów marketingu bezpośredniego, zgodnie z art. 172 Prawa telekomunikacyjnego. | | |
| Wyrażam zgodę na przesyłanie przez firmę Biogene Sp.z o.o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej niezamówionej informacji handlowej, zgodnie z art. 10 Ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną. | | |

Data, czytelny podpis