

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym mojego
dziecka

imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL dziecka

i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Indywidualną
Specjalistyczną Praktykę Lekarską z siedzibą w Bielsku-Białej ul. Mickiewicza 16, którą
reprezentuje Bogdan Fender – właściciel, do celów:

1. Marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Indywidualną
Specjalistyczną Praktykę Lekarską Bogdan Fender.
2. Udziału w badaniu klinicznym prowadzonym przez Indywidualną Specjalistyczną
Praktykę Lekarską Bogdan Fender.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym mojego
dziecka

imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL dziecka

i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Indywidualną
Specjalistyczną Praktykę Lekarską z siedzibą w Bielsku-Białej ul. Mickiewicza 16, którą
reprezentuje Bogdan Fender – właściciel, do celów:

1. Marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Indywidualną
Specjalistyczną Praktykę Lekarską Bogdan Fender.
2. Udziału w badaniu klinicznym prowadzonym przez Indywidualną Specjalistyczną
Praktykę Lekarską Bogdan Fender.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)