

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych 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.

.....
Imię i Nazwisko

.....
(czytelny podpis)

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych 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.

.....
Imię i Nazwisko

.....
(czytelny podpis)