

**OŚWIADCZENIE
W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a,
oświadczam, że na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, w celu i zakresie niezbędnym w procesie przyjęcia i leczenia przez Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie, w szczególności w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, opieki medycznej oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej Administratora – Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie dotyczącej ochrony danych osobowych, w tym z informacjami o celach i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz przysługujących mi prawach.

.....
data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie