

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług lekarskich w Poradniach Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....

data i czytelny podpis Oferenta