

....., dnia .....r.

**Dane osoby składającej wniosek  
(osoba uprawniona do kontaktu):**

Nazwisko .....

Imię .....

Nr PESEL .....

Nr tel .....

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/na wyrażam, zgodnie z art 7 ust 2 Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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) tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie, w celu:

- wpisania danych na listę aktualnie oczekujących na przyjęcie do ZOL,
- kontaktowania się telefonicznego w związku z procedurą przyjęcia do ZOL.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie.

Zostałam również poinformowana:

- że dane zbierane są przez Szpital Powiatowy w Chrzanowie,
- o celu ich zbierania,
- o dobrowolności podania,
- o prawie wglądu i możliwości ich poprawiania,
- że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Oświadczam również, że zapoznałem/am się z:

- Regulaminem Porządkowym Zakładu
- Kartą Praw Pacjenta

.....  
czytelny podpis