

Data: _____

Imię i Nazwisko: _____

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie
danych osobowych w tym danych wrażliwych.**

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii, to jest o stanie mojego zdrowia przez RTG Centrum z siedzibą w Górze Kalwarii przy ul. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 7L/13 (zwany dalej RTG Centrum) w celach związanych z realizacją usług medycznych, zgodnie z rozporządzeniem ogólnym o ochronie danych osobowych nr 2016/679.

Jestem świadomy, że:

- Administratorem moich danych, w tym danych wrażliwych, jest RTG Centrum.
- Przetwarzanie danych następuje w związku z realizacją usługi medycznej przez okres niezbędny do świadczenia tej usługi oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń. Po tym czasie mogą podlegać archiwizacji.
- Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji usługi.
- Mam prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

(czytelny podpis pacjenta)