

Lubartów, dn.r.

**Administrator Danych
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Lubartowie
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów**

***ZGODA / WYCOFANIE ZGODY
na przetwarzanie danych osobowych**

zgodnie z art 7 ust. 3 rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016) osoba, której dane dotyczą ma prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem

****Na zasadzie art. 6 ust. 1 lit. a rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niewymaganych kryteriami konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991), przekazanych wraz z ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych i w poradniach specjalistycznych oraz przez fizjoterapeutę w Oddziale Neurologicznym na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.**

.....
(podpis)

**** Na zasadzie art. 6 ust. 1 lit. a rozp. PE i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 4.5.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niewymaganych kryteriami konkursu ofert przeprowadzonego na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 991), przekazanych wraz z ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w oddziałach szpitalnych i w poradniach specjalistycznych oraz przez fizjoterapeutę w Oddziale Neurologicznym na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie.**

.....
(podpis)

***niepotrzebne skreślić**
**** podpisać właściwe**