**Formularz rejestracyjny**

**NZOZ Centrum Dobrej Terapii**

## Nazwisko: …………………………………………………………………………………………….

## Imię (imiona): ……………………………………………………………………………………..........

## Miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………...

## Nr Pesel : ……………………………………………………………………………………………..

## Imię ojca : ………………………………………………………………………………………………..

## Imię, nazwisko matki\* : …………………………………………………………………………………

## Imię, nazwisko opiekuna prawnego\*\* : ………………………………………………………………..

**Miejsce zamieszkania :**

## Ulica ………………………………………………………………………………………………..

## Nr domu …………………………………………………………………………………………………

## Nr mieszkania ……………………………………………………………………………………………

## Kod pocztowy / Miasto……………………………………………………………………………………

**Miejsce zameldowania:**

## Ulica …………………………………………………………………………………………………

## Nr domu …………………………………………………………………………………………………

## Nr mieszkania …………………………………………………………………………………………..

## Kod pocztowy / Miasto…………………………………………………………………………………..

**Dane kontaktowe:**

## Nr telefonu ……………………………………………………………………………………………

## Adres e-mail ……………………………………………………………………………………….. ...

🞏 potwierdzam, iż został wobec mnie dokonany obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 12 ust. 1 - art. 13 ust. 1 – 2 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).

Czytelny podpis pacjenta Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

………………………………… ………………………………………..

\* jeżeli inne niż pacjenta
\*\* jeżeli jest ustalony inny niż rodzic

**OŚWIADCZENIA PACJENTA / PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

**KORZYSTAJĄCEGO Z USŁUG NZOZ CENTRUM DOBREJ TERAPII**

**W KRAKOWIE**

**Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………….

PESEL……………………………………………………………………………………………...

**Dane przedstawiciela ustawowego:**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………………........

PESEL………………………………………………………………………………………………………

**Upoważniam / Nie upoważniam nikogo\***

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….. ( imię i nazwisko, dane kontaktowe, adres, telefon osoby upoważnionej)

**do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, do informowania w razie pogorszenia się stanu zdrowia lub w razie mojej śmierci.**

**Upoważniam / Nie upoważniam nikogo\***

………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………( imię i nazwisko, dane kontaktowe, adres, telefon osoby upoważnionej)

**do uzyskiwania dokumentacji medycznej.**

**\*zakreślić właściwe**

Zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 21.12.2010 roku w sprawie rodzajów i zakresu prowadzenia dokumentacji medycznej i sposobu jej przetwarzania (rozdz.1 §8).

🞏 potwierdzam, iż został wobec mnie dokonany obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 12 ust. 1 - art. 13 ust. 1 – 2 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).

Czytelny podpis pacjenta Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego

………………………………… ………………………………………..

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie ……………………………………………..............

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA CENTRUM DOBREJ TERAPII**

(wynikająca z 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)

*Drogi Pacjencie,*

wobec obowiązków wynikających z 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), dalej: „RODO”, chcielibyśmy przekazać podstawowe informacje o wykorzystywaniu Pani/Pana danych osobowych w związku z udostępnieniem ich na rzecz Centrum Dobrej Terapii i podmiotów udzielających świadczeń medycznych w ramach działalności naszego Centrum.

**[Administrator Danych Osobowych]** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest BRUDKIEWICZ, SIWEK i WSPÓLNICY spółka jawna z siedzibą w Krakowie, adres korespondencyjny: ul. Miłkowskiego 9/U3, 30 – 349 Kraków, adres email: daneosobowe@centrumdobrejterapii.pl, telefon: + 48 12 311 89 36.

**[Inspektor]** Administrator celem bieżącego monitorowania prawidłowego przestrzegania zasad ochrony danych osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych. Można się z nim skontaktować elektronicznie wysyłając wiadomość na adres: daneosobowe@centrumdobrejterapii.pl lub telefonicznie pod numerem: + 48 12 311 89 36*.*

**[Cel przetwarzania i związane z nimi podstawy przetwarzania]** Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe tylko i wyłącznie na podstawie prawa i w ściśle określonych celach, tj.:

1. **w celu prowadzenia profilaktyki zdrowotnej:** informowanie pacjenta o możliwości udzielenia świadczenia, przekazywanie materiałów edukacyjnych, przekazywanie informacji o wydarzeniach prozdrowotnych. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będziemy mogli świadczyć na Pani/Pana rzecz usług w ramach Centrum Dobrej Terapii.
2. **w celu diagnozy i leczenia:** przetwarzanie związane procesem udzielania świadczeń zdrowotnych (diagnostycznych i leczniczych), w tym prowadzenie dokumentacji medycznej.Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będziemy mogli świadczyć na Pani/Pana rzecz usług w ramach Centrum Dobrej Terapii.
3. **w celu zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej:** rejestracja Pacjenta, zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej, w tym m.in. przypomnienie o terminie realizacji świadczenia zdrowotnego, potwierdzenie wizyty, odwołanie wizyty, poinformowanie o zmianach organizacyjnych w Centrum Dobrej Terapii, które mają wpływ na udzielenie oczekiwanego świadczenia, odbieranie i archiwizacja Pani/Pana oświadczeń woli w zakresie upoważnienia innych osób do dostępu do Pani/Pana dokumentacji medycznej oraz udzielenia tym osobom informacji o stanie Pani/Pana zdrowia, zarządzanie podmiotem wykonującym działalność leczniczą, wykonywanie innych czynności pomocniczych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 i art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będziemy mogli świadczyć na Pani/Pana rzecz usług w ramach Centrum Dobrej Terapii.
4. **w celu zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego:** wystawianie zaświadczeń lekarskich. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit h) RODO w związku z art. 54 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub innymi właściwymi przepisami z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będziemy mogli świadczyć na Pani/Pana rzecz usług w ramach Centrum Dobrej Terapii.
5. **w celu prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz wypełnienia obowiązków podatkowych:** wystawianie rachunków/faktur za wykonane w ramach Centrum Dobrej Terapii usługi. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy o rachunkowości. Podanie danych jest wymogiem ustawowym.
6. **w celu wykonania zawartej z Panem/Panią umowy o świadczenie usług medycznych.** Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.
7. **w następujących uzasadnionych celach administratora:**
	1. w celu zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony mienia Administratora i pacjentów korzystających z usług Centrum Dobrej Terapii oraz zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić Administratora na szkodę;
	2. w celu sprawnej realizacji procesów biznesowych i administracyjnych związanych z przedmiotem działalności Administratora;
	3. w celu ewentualnego dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez Administratora działalności gospodarczej;

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. w związku z uzasadnionym celem Administratora. Podanie danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania nie będziemy mogli świadczyć na Pani/Pana rzecz usług w ramach Centrum Dobrej Terapii.

**[Odbiorcy]** Pani/Pana dane osobowe ujawniane są następującym kategoriom odbiorców:

1. osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych (m.in. psychologom, psychoterapeutom), którzy udzielają tych świadczeń w ramach Centrum Dobrej Terapii;
2. osobom upoważnionym przez Pacjenta w związku z realizacją praw Pacjenta;
3. dostawcom usług zapewniającym Centrum Dobrej Terapii odpowiednie rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielenie świadczeń zdrowotnych (np. dostawcy usług informatycznych, personel niemedyczny Centrum Dobrej Terapii);
4. dostawcom usług prawnych i doradczych, w przypadku potrzeby dochodzenia należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym);
5. podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

**[Okres przechowywania]** Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od podstawy prawnej ich przetwarzania:

1. w przypadku, gdy dane stanowią dokumentację medyczną – okres przechowywania zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wynosi okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w tym przepisie. Po upływie okresów wskazanych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.
2. w przypadku, gdy dane są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO dane osobowe zebrane w celu realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym prawa podatkowego będą przechowywane przez okres do wypełnienia tych obowiązków i przez okres wymagany przez przepisy prawa. Dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względu na obowiązki podatkowe przetwarzane są przez okres wskazany w art. 74 ustawy o rachunkowości, tj. co do zasady przez okres 5 lat od początku roku następującego po roku obrotowym, którego dane dotyczą.
3. w przypadku, gdy dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO dane osobowe przetwarzane będą do czasu zakończenia wszelkich czynności faktycznych i prawnych niezbędnych do realizacji umowy lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.
4. W przypadku, gdy dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO dane osobowe przetwarzane będą do czasu wypełnienia prawnie uzasadnionych interesów Administratora stanowiących podstawę tego przetwarzania lub do czasu wniesienia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec takiego przetwarzania. Nagrania z monitoringu wizyjnego (zawierające wizerunek z kamer CCTV) będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące. W przypadku przetwarzania danych osobowych w celu dochodzenia roszczeń – dane te będą przetwarzane do czasu ostatecznego zakończenia sporu.

**[Prawa] Zakres przysługujących Pani/Panu praw w zakresie ochrony danych osobowych zależy** od podstawy prawnej ich przetwarzania:

1. Zawsze przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania.
2. We wskazanych w RODO przypadkach ma Pani/Pan również prawo do żądania usunięcia danych osobowych oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania.
3. Prawo do żądania usunięcia danych osobowych nie ma zastosowania m.in. w zakresie w jakim przetwarzanie jest niezbędne
	1. z uwagi na względy interesu publicznego w dziedzinie zdrowia publicznego zgodnie z art. 9 ust. 2 lit. h) RODO;
	2. do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
4. W przypadku, gdy dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO dodatkowo ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania.
5. W przypadku, gdy dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 b) RODO dodatkowo przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych.
6. Nie zależnie od podstawy przetwarza przysługuje Pani/Panu także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**[Zautomatyzowane podejmowanie decyzji]** Dane osobowe przetwarzane przez Administratora w związku z działalnością Centrum Dobrej Terapii nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**UWAGA!!!**

Administrator może być również uprawniony w przypadkach, ściśle określonych przepisami prawa przetwarzać dane osobowe Pacjenta na podstawie odrębnej zgody. Każdorazowo w przypadku udzielenia przez Ciebie takiej zgody, zostanie wypełniony przez nas odrębnie obowiązek informacyjny wynikający z art. 13 RODO.

Oświadczam, że klauzula informacyjna została mi udostępniona, przeczytałam/em je i się z nimi zapoznałam/em.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data i podpis

**DODATKOWE (DOBROWOLNE) OŚWIADCZENIA :**

🞎 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. podanych przeze mnie: imienia, nazwiska, telefonu kontaktowego oraz adresu poczty elektronicznej przez BRUDKIEWICZ, SIWEK i WSPÓLNICY spółka jawna z siedzibą w Krakowie (adres: ul. Miłkowskiego 9/U3, 30 – 349 Kraków) w celach marketingowych Administratora, w tym m.in. na wysyłanie ofert usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii), informacji handlowych, w tym zwłaszcza newslettera, materiałów informacyjnych, reklamowych lub promocyjnych dotyczących usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii) oraz na wysyłanie zaproszeń na warszaty, szkolenia, targi, konferencje oraz innego rodzaju imprezy, związane z przedmiotem działalności Administratora (Centrum Dobrej Terapii), organizowane przez Administratora (Centrum Dobrej Terapii), lub których jest on uczestnikiem/partnerem;

🞎 wyrażam zgodę na otrzymywanie na podany przeze mnie adres poczty elektronicznej informacji handlowych wysyłanych przez BRUDKIEWICZ, SIWEK i WSPÓLNICY spółka jawna z siedzibą w Krakowie (adres: ul. Miłkowskiego 9/U3, 30 – 349 Kraków), w tym m.in. na otrzymywanie ofert usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii), informacji handlowych, w tym zwłaszcza newslettera, materiałów informacyjnych, reklamowych lub promocyjnych dotyczących usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii) oraz na otrzymywanie zaproszeń na warsztaty, szkolenia, targi, konferencje oraz innego rodzaju imprezy, związane z przedmiotem działalności Administratora (Centrum Dobrej Terapii), organizowane przez Administratora (Centrum Dobrej Terapii), lub których jest on uczestnikiem/partnerem.

🞎 wyrażam zgodę na bezpośredni kontakt na podany przeze mnie numer telefonu kontaktowego oraz na wysyłanie wiadomości SMS na ten numer w celu podania informacji handlowych przez BRUDKIEWICZ, SIWEK i WSPÓLNICY spółka jawna z siedzibą w Krakowie (adres: ul. Miłkowskiego 9/U3, 30 – 349 Kraków), w tym m.in. na otrzymywanie ofert usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii), informacji handlowych, w tym zwłaszcza newslettera, materiałów informacyjnych, reklamowych lub promocyjnych dotyczących usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii) oraz na otrzymywanie zaproszeń na warsztaty, szkolenia, targi, konferencje oraz innego rodzaju imprezy, związane z przedmiotem działalności Administratora (Centrum Dobrej Terapii), organizowane przez Administratora (Centrum Dobrej Terapii), lub których jest on uczestnikiem/partnerem.

🞏 potwierdzam, iż został wobec mnie dokonany obowiązek informacyjny, o którym mowa w art. 12 ust. 1 - art. 13 ust. 1 – 2 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).

Informujemy, że:

* wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych oraz na otrzymywanie informacji handlowych za pośrednictwem e-mail i telefonu kontaktowego jest dobrowolne;
* możesz udzielić jednej, dwóch lub wszystkich zgód. **Jeśli jednak chcesz otrzymywać nasze wiadomości, niezbędne jest wyrażenie łącznie co najmniej zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt jednym z podanych kanałów komunikacji (email lub telefon). Bez tego nie będziemy się mogli z Tobą kontaktować za pośrednictwem e-maila lub telefonu;**
* masz prawo w dowolnym momencie wycofać wyrażone przez siebie zgody, a wycofanie zgody może nastąpić przez Twoje jednostronne oświadczenie złożone w dowolnej formie, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;

Podpis pacjenta Podpis przedstawiciela ustawowego

………………………………… ………………………………………..

Podpis osoby przyjmującej oświadczenie ……………………………………………..............

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB, KTÓRE WYRAZIŁY ZGODĘ NA PRZETWARZANIE ICH DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

1. **[Administrator Danych Osobowych]** Administratorem Twoich danych osobowych jest BRUDKIEWICZ, SIWEK i WSPÓLNICY spółka jawna z siedzibą w Krakowie, adres korespondencyjny: ul. Miłkowskiego 9/U3, 30 – 349 Kraków, adres email: daneosobowe@centrumdobrejterapii.pl, telefon: + 48 12 311 89 36.
2. **[Inspektor]** Administrator celem bieżącego monitorowania prawidłowego przestrzegania zasad ochrony danych osobowych powołał Inspektora Danych Osobowych. Można się z nim skontaktować elektronicznie wysyłając wiadomość na adres: daneosobowe@centrumdobrejterapii.pl lub telefonicznie pod numerem: + 48 12 311 89 36*.*
3. **[Cel]** Administrator na podstawie wyrażonej zgody przetwarza Twoje dane osobowe tylko i wyłącznie w celach marketingowych Administratora, w tym w szczególności w celu promowania usług Administratora (Centrum Dobrej Terapii), w tym zwłaszcza do wysyłania ofert, newslettera, materiałów informacyjnych, reklamowych lub promocyjnych dotyczących towarów lub usług, a także na potrzeby wydarzeń promocyjnych oraz marketingowych organizowanych przez Administratora (Centrum Dobrej Terapii) i innych wydarzeń zorganizowanych przez Administratora (Centrum Dobrej Terapii) w związku przedmiotem jego działalnością, a także wydarzeń, których Administrator (Centrum Dobrej Terapii) jest uczestnikiem/partnerem.
4. **[Odbiorcy]** Odbiorcami podanych przez Ciebie danych osobowych są dostawcy towarów i usług niezbędnych do realizacji ww. celów oraz następcy prawni Administratora, a także podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym organy państwowe.
5. **[Okres przechowywania]** Twoje dane osobowe będą przechowywane do czasu wycofania przez Ciebie zgody.
6. **[Prawa]** Przysługuje Ciprawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, jak również prawo do ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych. Przysługuje Ci także prawo do wycofania wyrażonej zgody w dowolnym momencie, a wycofanie zgody może nastąpić przez jednostronne oświadczenie i nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Przysługuje Ci również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. **[Zautomatyzowane podejmowanie decyzji]** Dane osobowe przetwarzane na podstawie niniejszej zgody będą poddane zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu, jednakże przetwarzanie to nie będzie prowadzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołującej wobec Ciebie skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na Ciebie wpływającej, o której mowa w art. 22 ust. 1 RODO. Oznacza to, że Twoje dane osobowe będą wykorzystywane wyłącznie w celu dostosowania do Ciebie naszych materiałów, tak byś otrzymywał/-a wyłącznie te informacje, które są zgodne z Twoimi zainteresowaniami.
8. Podanie danych jest dobrowolne.
9. **[Podstawa prawna]** Podstawę prawną przetwarzania danych osobowych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.

Oświadczam, że klauzula informacyjna została mi udostępniona, przeczytałam/em je i się z nimi zapoznałam/em.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data i podpis