**ZAŁĄCZNIK NR 1 a**

………………………………………………………..

*(miejscowość, data)*

*Imię i nazwisko*

**FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**PRZEZ ………………………………**

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez …………… reprezentowanego przez ……….. - administratora) do celów:

1. Marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy\*
2. Udziału w badaniu klinicznym prowadzonym przez …………………………..w zakresie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\*
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………\*

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………..

 (czytelny podpis)

Dotyczy dziecka:

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem rodzicem/ opiekunem prawnym mojego dziecka………………………………………….(imię i nazwisko dziecka) ………………………………..(PESEL dziecka) i wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez NZOZ BUKOWA – MED Przychodnia Dęb – Med sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu przy ul. Bukowej 1 reprezentowanego przez Alinę Urbaniak - administrator, do celów:

1. Marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy\*
2. Udziału w badaniu klinicznym prowadzonym przez …………………………..w zakresie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..\*
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………\*

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………..

 (czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)