

IMIĘ I NAZWISKO: .....  
PESEL: .....  
E-MAIL: .....

Warszawa, ..... r.

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM**  
**„Systemu rejestracji wizyt on-line”**

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z regulaminem korzystania z „Systemu rejestracji wizyt on-line”, funkcjonującym w Centrum Medycznym Goldenmed z siedzibą przy ul. Odkrytej 4 w Warszawie (Inwest Med Sp. z o.o. NIP: 5272729539), akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
(pełny podpis składającego oświadczenie)

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH**  
**w zw. z korzystaniem z „Systemu rejestracji wizyt on-line”**

Oświadczam, iż:

- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. imienia i nazwiska, numeru PESEL, adresu e-mail oraz nr telefonu kontaktowego w związku z korzystaniem z usługi: „System rejestracji wizyt on-line”, funkcjonującej w Centrum Medycznym Goldenmed z siedzibą przy ul. Odkrytej 4 w Warszawie (Inwest Med Sp. z o.o. NIP: 5272729539);
- wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, sms-owy oraz e-mailowy ww. placówki w celach związanych z zarządzaniem umówioną przez Pacjenta wizytą on-line.

Jednocześnie oświadczam, że przekazuję moje dane osobowe całkowicie dobrowolnie.

Oświadczam ponadto, że zostałam/em poinformowana/ny o przysługującym mi prawie dostępu do treści tych danych i możliwości ich poprawienia, a także o prawie wycofania zgody na przetwarzanie tych danych w każdym czasie.

.....  
(pełny podpis składającego oświadczenie)