

.....
(pieczęćka podmiotu)

.....
(miejscowość, data)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Stowarzyszenie PRO PSYCHE na Rzecz Zdrowia Psychicznego - **Poradnia Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży** z siedzibą w Olkuszu, ul Króla Kazimierza Wielkiego 64 numer KRS 0000396046 w celu objęcia opieką psychiatryczną, psychologiczną i terapeutyczną dla potrzeb tworzenia stosownej dokumentacji medycznej określonej Ustawą.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Mam świadomość, że udzieloną zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie.