

Prudnik,

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA DOTYCZĄCE WYRAŻENIA ZGODY NA ZBIERANIE
I PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zostałam/em zapoznana/ny z klauzulami informacyjnymi dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

.....

(podpis uczestnika)

Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie wszystkich moich danych osobowych zawartych w arkuszu informacyjnym uczestnika DDS+. Dane te będą udostępniane w przypadku niezbędnej interwencji lekarskiej a przetwarzane są w celu usprawnienia udzielenia pomocy lekarskiej uczestnikom DDS+ oraz w celu prowadzonych postępowań w sprawie ustalenia odpłatności za pobyt w DDS+

.....

(podpis uczestnika)