

Dobrowolne oświadczenia Odbiorcy:***

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach prowadzenia badań opinii publicznej, promocji i konkursów, a także na ich udostępnianie przez OSD podmiotom realizującym wyżej wymienione zadania na rzecz OSD.***

☐ ☐

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od OSD za pomocą środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2013 r., poz. 1422 z późniejszymi zmianami).***

☐ ☐

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od OSD za pomocą środków komunikacji elektronicznej zawiadomień związanych z wykonywaniem Umowy zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2013 r., poz. 1422 z późniejszymi zmianami).***

☐ ☐

Odbiorcy przysługuje prawo do odwołania zgody poprzez złożenie OSD pisemnego oświadczenia.***

ODBIORCA

DYREKTOR

Szpitala Włospecjalistycznego

im. dr. Ludwika Błażka

w Inowrocławiu

czytelny podpis Odbiorcy

czytelny podpis i pieczęć szpitala