

.....
imię i nazwisko - kobieta

.....
imię i nazwisko - mężczyzna

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z art. 7 ust. 1-4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb naboru i realizacji Programu polityki zdrowotnej pn. „*Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2020 roku*” przez województwo lubuskie – Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego z siedzibą w Zielonej Górze, przy ul. Podgórznej 7.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

.....
Czytelny podpis uczestnika programu - kobieta

.....
Czytelny podpis uczestnika programu – mężczyzna