



Sosnowiec,

.....
(Imię i nazwisko – kobieta)

.....
(Imię i nazwisko – mężczyzna)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę – w związku z art. 7 pkt 5 w odniesieniu do art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) – na gromadzenie i przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Sosnowca, z siedzibą w Sosnowcu przy al. Zwycięstwa 20, danych osobowych zawartych we wniosku kierującym do programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Sosnowca w latach 2017-2020” w celu uzyskania dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

Zobowiązuję się do stawienia się na wizytę kwalifikującą w wyznaczonym przez realizatora terminie.

.....
(podpis uczestnika programu – kobieta)

.....
(podpis uczestnika programu – mężczyzna)