

.....
[miejscowość, data]

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH O ZDROWIU

Ja, niżej podpisana/y, będący rodzicem/opiekunem prawnym*..... wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Katarzynę Sirak**, prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą **Centrum Edukacyjno-Terapeutyczne „Podać Łapę” Katarzyna Sirak**, pod adresem: ul. Plantowa 4 lok. 1, 05-800 Pruszków, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem NIP: 7962730461, REGON 362247906 danych osobowych mojego dziecka/dziecka, które mam pod opieką*, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO (tj. danych dotyczących zdrowia) w celu skorzystania przez dziecko z indywidualnej konsultacji lub terapii w Centrum Edukacyjno-Terapeutyczne „Podać Łapę”.

Dane osobowe będą przetwarzane do czasu cofnięcia udzielonej zgody lub osiągnięcia celu przetwarzania, jakim jest przeprowadzenie terapii.

Jestem świadoma/y, że cofnięcie niniejszej zgody może zostać dokonane w każdym czasie, co nie będzie jednak miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które odbyło się na podstawie zgody przez jej wycofaniem.

.....
[podpis]

*niepotrzebne skreślić