

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 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 922) – na gromadzenie i przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Sosnowca, z siedzibą w Sosnowcu przy Al. Zwycięstwa 2, 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.

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.

.....
podpis uczestnika programu – kobieta

.....
podpis uczestnika programu - mężczyzna