

Dane kontaktowe:

Adres:

.....

Telefon: e-mail:

Podpis osoby składającej:

Podpis przyjmującego:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach nawiązania ze mną kontaktu, przekazywania mi informacji o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych w Zespole Lekarzy Specjalistów Medica Gałczyński i Wspólnicy sp. k. i udzielenia mi odpowiedzi na zgłoszenie. Swoje dane podaję dobrowolnie, jednocześnie mając świadomość, że są niezbędne w celach wskazanych powyżej. Zapoznałem(-am) się z obowiązującą w podmiocie leczniczym klauzulą informacyjną.

Podpis osoby składającej: