**OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych 20 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (zwany w dalszej części „SZPITALEM”)
z siedzibą 33-380 Krynica – Zdrój ul. Świdzińskiego 4 - w celu wykonywania czynności niezbędnych do realizacji celów SZPITALA (w tym przede wszystkim w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych oraz zarządzania udzielaniem usług medycznych).
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie, jednak ich niepodanie uniemożliwi podjęcie jakichkolwiek czynności ze strony administratora danych.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzul informacyjnych SZPITALA, zgodnie
z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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, dalej również „RODO”), w tym z informacją o celach, okresie i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania. Wszystkie klauzule informacyjne dostępne są na stronie internetowej SZPITALA [www.20wszur.pl](http://www.20wszur.pl) w zakładce RODO oraz na terenie budynków administratora.

 ....................................................................................

(Imię i nazwisko osoby podpisującej oświadczenie)

.....................................................................................

(adres zamieszkania)

....................................................................................

(numer telefonu)

Krynica Zdrój, ............................................................................................

 (data i czytelny podpis osoby podpisującej oświadczenie)