

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH WRAŻLIWYCH

Administrator Danych Osobowych: **Kancelaria Ubezpieczeniowa Halina Kamińska**,
ul. Klonowica 13, 58-500 Jelenia Góra uprzejmie informuje, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, a każdej osobie, która wyraziła poniższą zgodę na przetwarzanie danych przysługuje prawo cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie.

Ja, niżej podpisany/a

Imię i Nazwisko

Wyrażam zgodnie z art. 7 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 („RODO”) **wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących mojego stanu zdrowia i przebiegu procesów leczniczych** przez Kancelarię Ubezpieczeniową Halina Kamińska z siedzibą w Jeleniej Górze, ul. Klonowica 13, 58-500 Jelenia Góra, w celu:

oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia;

przeprowadzenia czynności związanych ze zgłoszeniem i likwidacją szkody;

Oświadczam, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie.

.....
Data, czytelny podpis