



# Odzyskaj Siebie

## FORMULARZ DANYCH OSOBOWYCH

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| IMIĘ                          |  |
| NAZWISKO                      |  |
| DATA URODZENIA                |  |
| KOD POCZTOWY I MIEJSCOWOŚĆ    |  |
| ULICA I NUMER DOMU/MIESZKANIA |  |
| TELEFON                       |  |
| ADRES E-MAIL                  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, a w szczególności numeru telefonu i adresu e-mail, w celu przekazywania informacji dotyczących procesu leczenia np. informacji o zbliżających się i odwołanych wizytach. Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez Dariusza Trzebuniaka i akceptuję je. Potwierdzam, że Administrator przekazał mi wszystkie informacje dotyczące gromadzenia moich danych osobowych. **(udzielenie zgody jest konieczne do realizacji usług)**

---

### Data oraz czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora, w celu przekazywania mi drogą elektroniczną (telefon, e-mail, wiadomość tekstowa) informacji marketingowych oraz promocji usług i produktów własnych.

---

### Data oraz czytelny podpis