

.....
Imię i nazwisko

Żary, dnia

.....
Adres zamieszkania

.....

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. (nr telefonu, adres e-mail).....

w celu otrzymywania połączeń telefonicznych dot. skierowania dziecka do Specjalnego Ośrodka dla Dzieci z Wadami Słuchu i Mowy w Żarach.

Jednocześnie oświadczam, że zostałam poinformowana o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....
(podpis)