



Obowiązek informacyjny

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE z 2016 Nr 119 poz. 1) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „Fizjoterapia Paulina Pancerz”.
2. W każdej sprawie dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych można się ze mną skontaktować osobiście, pod numerem telefonu **576801479** lub adresem e-mail **fizjoterapia.pp@gmail.com**.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest zapewnienie bezpiecznego korzystania z fizjoterapii i integracji sensorycznej w „Fizjoterapia Paulina Pancerz”.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Panu/Pani prawo do:
 - a) żądania dostępu do danych dotyczących osoby, której dotyczą,
 - b) sprostowania danych osobowych,
 - c) żądania usunięcia danych,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania,
 - e) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania,
 - f) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących naruszałoby przepisy prawa.
5. Pani/Pana dane przetwarzane są na zasadzie dobrowolności i będą przechowywane tylko do momentu rezygnacji z usług lub złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych.
6. Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.
7. Okres przetwarzania danych osobowych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych osobowych będzie niezbędne dla dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami.

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „Fizjoterapia Paulina Pancerz” ul. 1 Maja 2A, 42-500 Będzin moich danych osobowych w postaci:

imię i nazwisko, telefon, pesel, adres zamieszkania

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez „Fizjoterapia Paulina Pancerz” ul. 1 Maja 2A, 42-500 Będzin danych osobowych mojego dziecka w postaci:

imię i nazwisko, pesel, adres zamieszkania

☐ Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji z wykorzystaniem telefonu na wskazany przeze mnie numer oraz przysyłanie mi wiadomości sms dotyczących terminów i organizacji wizyt.

Podaję dane dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą

.....

Potwierdzam zapoznanie się z obowiązkiem informacyjnym

.....