

---

Projekt "Wsparcie u Twego boku" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

.....  
(miejsowość, data)

## Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016,679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak:

**Imię, nazwisko, PESEL, adres, numer telefonu, e-mail**

w celu **realizacji umowy, informacyjnym** przez Akademię Zdrowia Sp. z o.o. Sp. K.

.....  
(podpis)

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie wyżej wymienionych danych w formie pisemnej w siedzibie Akademii Zdrowia Sp. z o.o. Sp. Komandytowej:  
ul. Jana Kazimierza 45/5, 01-248 Warszawa, tel. 22 862 29 60

.....  
(podpis)