

**Ja, niżej podpisany/podpisana,wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody*
na przetwarzanie moich ww. danych osobowych przez MZOZ w Żorach Sp. z o. o. -
administratora danych w celu realizacji usługi w zakresie diagnozy i terapii lekarskiej oraz
czynności z tym związanych.**

.....

*niepotrzebne skreślić

data i czytelny podpis pacjenta