Zgoda na przetwarzanie dokumentów dotyczących mojego zdrowia

Ja, niżej podpisany/-a ..... legitymujący/-a się numerem PESEL ....., adres e-mail ....., numer kontaktowy ..... oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych obejmujących dane dotyczące zdrowia, w szczególności zawarte w dokumentacji medycznej, przez Zrzutka.pl sp. z o.o. w celu weryfikacji prawdziwości celu zrzutki o ID:..... zorganizowanej przez …… oraz ich przekazanie do PayU SA i przetwarzanie przez ten podmiot w tym samym celu.

Zgoda jest dobrowolna i może być wycofana w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: info@zrzutka.pl. Udzielenie zgody jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu weryfikacji zrzutki. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

Z poważaniem (podpis osoby udzielającej zgody)

…….

Pamiętaj - pracownicy Zrzutka.pl sp. z o. o. mogą kontaktować się z Tobą w sprawach związanych ze zorganizowaną zbiórką. Nasze wiadomości zawsze będą wysyłane z domeny @zrzutka.pl lub @mailzrzutka.pl. W razie otrzymania wiadomości z innej domeny lub zaistnienia jakichkolwiek wątpliwości, prosimy skontaktuj się z nami, kierując wiadomość na adres info@zrzutka.pl.