

## Zgoda na przetwarzanie dokumentów medycznych mojego podopiecznego

Jako opiekun prawny osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej wyrażam zgodę na wykorzystanie danych osobowych tej osoby obejmujących dane dotyczące zdrowia, w szczególności zawarte w dokumentacji medycznej jej dotyczącej, przez Zrzutka.pl sp. z o.o. w celu weryfikacji prawdziwości celu zrzutki organizowanej dla tej osoby 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](mailto:info@zrzutka.pl) lub poprzez zaznaczenie odpowiedniego checkboxa (okienka) zamieszczonego w moim profilu na [zrzutka.pl](http://zrzutka.pl). Udzielenie zgody jest warunkiem niezbędnym do wypłaty środków zgromadzonych w ramach organizowanej zrzutki w kwocie wynoszącej 20,000 PLN lub większej, uzyskania statusu zrzutki zweryfikowanej lub statusu zrzutki publicznej. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

Z poważaniem,  
(podpis osoby udzielającej zgody)