

Zgoda na przetwarzanie moich dokumentów dotyczących zdrowia

Ja, niżej podpisany/-a legitymujący/-a się dowodem osobistym numer oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych obejmujących dane dotyczące zdrowia, w szczególności zawartych w dokumentacji medycznej, przez Zrzutka.pl sp. zo.o. dla weryfikacji prawdziwości celu zrzutki o identyfikatorze (*ID zrzutki*), w której zawarto informacje o mnie, ich przekazanie do PayU S.A. 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 lub poprzez zaznaczenie odpowiedniego checkboxa (okienka) zamieszczonego w profilu organizatora na 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 promowanej. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

Z poważaniem

(podpis osoby udzielającej zgody)