



Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez SAV-MED Sp. z o.o. w celu realizacji umowy o opiekę oraz kontaktu z rodziną. Wiem, że mogę zgodę w każdej chwili wycofać.

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Adres: _____

Osoby upoważnione do informacji o stanie zdrowia

1. Imię i nazwisko, telefon: _____

2. Imię i nazwisko, telefon: _____

☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i e-mailowy

☐ Wyrażam zgodę na wykonywanie zdjęć podczas zajęć (opcjonalnie)

Data: _____ Podpis: _____