



ŚWIADOME WYRAŻENIE ZGODY

W związku z zamiarem wykonania badań medycznych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. na umieszczenie ich w rejestrze komputerowym, na opracowanie medyczne i na wydanie wyniku.

Wyniki moich badań zostają w zbiorze komputerowym COP Intra na czas zgodny z obowiązującymi przepisami prawa (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii; Dziennik Ustaw RP 27 grudnia 2017 r. (poz. 2435).

Powyższe oświadczenie oparte jest na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO).