

.....
(miejscowość i data)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnej kategorii dotyczących zdrowia psychicznego, przez Administratora danych Holi Centrum z siedzibą przy ul. Michała Stachowicza 12/3, 30-103 Kraków NIP: 6772537789. Dla potrzeb niezbędnych do:

- 1) realizacji usług psychologicznych i psychoterapeutycznych,
- 2) prowadzenia dokumentacji psychologicznej,
- 3) kontaktu w sprawach związanych z wizytami,
- 4) rozliczeń finansowych.

zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019, poz. 1781, t. j. z dn. 30 sierpnia 2019 r.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji usług.

Zostałem/am poinformowany/a o:

- *prawie dostępu do danych,*
- *możliwości ich poprawiania,*
- *ograniczenia przetwarzania,*
- *cofnięcia zgody w dowolnym momencie.*

.....
(podpis)