



## ZGODA NA WYKORZYSTYWANIE ADRESU E-MAIL I NUMERU TELEFONU KOMÓRKOWEGO

Imię i Nazwisko:

PESEL:

telefon komórkowy:

adres e-mail:

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez **NZOZ VITA s.c.** za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności pocztą elektroniczną **E-Recept i E-Skierowań** oraz innych e-dokumentów związanych z procesem diagnostyki i leczenia

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi informacji przez **NZOZ VITA s.c.** za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności pocztą elektroniczną oraz w postaci sms-ów/mms-ów (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną Dz. U. z 2017 r. poz. 1219).

Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być odwołane w każdym czasie w sposób listowny na podstawie oświadczenia skierowanego na adres siedziby VITA s.c. , na podstawie oświadczenia przesłanego za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: [vitasc@op.pl](mailto:vitasc@op.pl) ub w inny uzgodniony sposób.

Data:

Czytelny podpis osoby udzielającej zgody