

Częstochowa, dnia

FORMULARZ ZGODY NA OTRZYMYWANIE OD OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W CZĘSTOCHOWIE KRÓTKICH WIADOMOŚCI TEKSTOWYCH (SMS)

W związku z treścią rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych - RODO),

ja niżej podpisana/podpisany*, lekarz/lekarz dentysta* posiadający Prawo Wykonywania

Zawodu o (PWZ) nr:

--	--	--	--	--	--	--	--

oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie od Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie informacji w postaci krótkich wiadomości tekstowych (SMS) na nr telefonu:

+	4	8									
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w następującym zakresie:

wynikającym wyłącznie z działalności okręgowych izb lekarskich określonych w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich;

również w pozostałym zakresie związanym z działalnością Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie.

zaznaczyć właściwe przez postawienie znaku „x”

.....

(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić