Załącznik Nr 4 do umowy

**.............................................**

imię i nazwisko - kobieta

**.............................................**

imię i nazwisko - mężczyzna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a w zw. z art. 7 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 rozporządzanie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L. 119 z 04.05.2016, str. 1) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb naboru i realizacji *Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego* w zakresie wsparcia diagnostyki i l*eczenia niepłodności z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji w 2023 r.,* przez (nazwa instytucji i adres) …………………………………………………………………………………………….…..

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach,
w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych
 i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych lub jej odwołanie jest równoznaczne
z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

 ........................................................

Czytelny podpis uczestnika programu - kobieta

........................................................

Czytelny podpis uczestnika programu – mężczyzna