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. 7 ust. 1- 4 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* w zakresie l*eczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok* – aktualizacja na 2023 rok przez ………………………………………………………..

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. 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