

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT SZEMÉLYES ADATOK KEZELÉSÉHEZ

- orvosi szolgáltatás igénybe vétele során -

Alulírott

NÉV	
CÍM:	
TELEFONSZÁM:	
E-MAIL CÍM:	

kijelentem, hogy jelen okirat aláírásával önkéntesen

HOZZÁJÁRULOK

hogy a fentiekben megjelölt személyes adataimat a

CÉGNÉV (ADATKEZELŐ):	Matos Dental KFT.
SZÉKHELY:	1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 30 l.e. 3.
CÉGJEGYZÉKSZÁM:	01-09-922512
ADÓSZÁM:	14842306-1-41
KÉPVISELŐ NEVE:	Matos Pál

mint **Adatkezelő** az alábbi célokra kezelje:

ADATKEZELÉS CÉLJA:	orvosi szolgáltatás megfelelő nyújtása
-------------------------------	--

Adatkezelő a következő előzetes tájékoztatást adta meg részemre személyes adataim kezelésével összefüggésben: a Társaság fentiekben megjelölt célú adatkezelésének jogalapja az érintett hozzájárulása, amely egyértelmű és kifejezett. A fentiekben rögzített célú megkereséshez érintett egyértelmű, kifejezett hozzájárulását. Az adatkezeléssel érintettek köre: minden olyan természetes személy, aki egyértelmű, kifejezett hozzájárulását adja ahhoz, hogy a Társaság személyes adatait a fentiekben megjelölt célból kezelje. A személyes adatok címzettjeinek kategóriái (akik megismerheti az adatokat): a Társaság vezetője, Munkavállalók. A kezelt személyes adatok köre: név, cím, telefonszám, e-mail cím, (szükség szerint további személyes adatok adhatóak meg). Az adatkezelés helye: a Társaság székhelye. Az adatkezelés időtartama: a személyes adatok kezeléséhez adott hozzájárulás visszavonásáig. Tudomásul vettem, hogy jogomban áll kérelmezni az adatkezelőtől a személyes adataimhoz való hozzáférést, személyes adataim helyesbítését, törlését, kezelésének korlátozását, jogom van az adathordozhatósághoz, hozzájárulásom időbeli határ nélküli visszavonásához, illetőleg panasszal fordulni a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz. Bővebb tájékoztatás található az Adatkezelő honlapján elérhető adatkezelési tájékoztatóban, ennek tartalmát kifejezetten megismertem.

Kelt, 201__ év _____ hónap _____ nap

nyilatkozattevő