|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… |
|  | *miejscowość, data* |

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………. |
| *imię i nazwisko osoby, której dane podlegają przetworzeniu* |
| *……………………………………………………………….………………….* |
| *adres zamieszkania* |  |  |
| *…………………………………………………………………..……………….* |
| *numer PESEL* |  |  |

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, iż zostałem/łam zapoznany/na z wszelkimi informacjami dotyczącymi obowiązków Fundacji Hospicjum Onkologiczne
św. Krzysztofa w Warszawie jako Administratora Danych Osobowych oraz w zakresie przysługujących mi uprawnień, jakie wynikają 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), w szczególności z art.13. ust. i 2 przedmiotowego Rozporządzenia.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………… |
|  | *podpis osoby, której dane podlegają przetworzeniu* |