

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ważne przez okres jednego roku

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie:

Imię i Nazwisko, nr telefonu, adres zamieszkania, PESEL – dotyczy wykupu recept:

.....

.....

Dane będą przetwarzane celem udzielenia pomocy materialnej lub rzeczowej, przez okres niezbędny do jej realizacji.

Przez: **Caritas Archidiecezji Krakowskiej, ul. Michała Ossowskiego 5, 30-656 Kraków**

[nazwa administratora danych i jego adres]

W celu

[cel przetwarzania danych (np. otrzymania wsparcia finansowego, realizacji zakupu lekarstw na receptę, opłacenia zaległych płatności itp.)

Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie, jednak jeśli nastąpi to przed lub w trakcie udzielania pomocy uniemożliwi to jej realizację.

Mają Państwo prawo do weryfikacji swoich danych, uzupełnianie ich oraz do ich wglądu.

.....
Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę*

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek lub podanie:

.....