Zgoda na badanie przesiewowe wzroku.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……

Tel. kontaktowy ……

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na wykonanie u mojego dziecka badania wzroku w ramach kampanii **„BIERTOWIDZĘ 2025”** prowadzonej przez:
Stowarzyszenie Razem dla Biertowic z siedzibą:
32-440 Biertowice ul. Za Rzeką 14
(NIP: 6812109842, KRS: 0001143045)
wraz z firmą:
Inter Optyk Sp. Z o.o. z siedzibą:
34-120 Andrychów, Plac Mickiewicza 3
(NIP: 5512520783, KRS: 0000536675)

Imię i nazwisko dziecka ……

Uczeń klasy ……. Szkoły Podstawowej/Średniej w ……

data: …….
podpis rodzica/prawnego opiekuna ……..

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Stosownie do przepisu art. 12 ust. 1 w związku z przepisem art.13 ust. 1 i 2 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. Dziennik Urzędowy, UE, L 1 19/1 z 4 maja 2016 r. (dalej: ogólne rozporządzenie o ochronie danych), powoływane RORO informuję, że wszelkie dane będą przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Więcej na temat przetwarzania danych osobowych na stronie www.interoptyk.pl w zakładce RODO.