

Wałcz, dnia.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja,
(imię i nazwisko)

zamieszkały.....
(adres zamieszkania)

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH.

Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku w celach*:

- a) przeprowadzenie badań do celów sanitarno- epidemiologicznych);
- b) badanie próbek wody do spożycia;
- c) inny - podać jaki:

Ekshumacja -
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z Klauzulą Informacyjną PSSE w Wałczu

.....
(Data, miejsce i czytelny podpis osoby wyrażającej zgodę)

*właściwe podkreślić