

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE

Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia, przez Agatę Chęcińską – Medycyna Naturalna, w celu realizacji konsultacji terapeutycznych, prowadzenia dokumentacji terapii oraz kontaktu organizacyjnego.

Imię i nazwisko: _____

Data: _____

Podpis: _____

(W przypadku osoby niepełnoletniej – podpis rodzica lub opiekuna prawnego)