

**MedGen Kamila Czerska i Wspólnicy sp.k.**

**Centrum Medyczne MedGen**

ul. Wiktorii Wiedeńskiej 9a  
02-954 Warszawa  
Tel. 515 14 14 14, 506 069 568  
diagnostyka@medgen.pl  
www.medgen.pl

**Zgoda Klienta/Pacjenta na udostępnienie danych spółkom z grupy kapitałowej Medical Finance Group w celu przedstawienia oferty finansowej MediRaty na pokrycie kosztów wykonania badania genetycznego w Centrum Medycznym MedGen**

Ja, niżej podpisany.....

(imię i nazwisko Klienta)

wyrażam zgodę na udostępnienie przez Centrum Medyczne MedGen, jako podmiotu Przetwarzającego dane, -wskazanych poniżej danych osobowych poniższych spółkom:

- Medical Finance Group Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Lechickiej 23a, 02-156 Warszawa, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000422868, NIP 524-271-14-63, REGON 142446622

- Mediraty sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Lechickiej 23a, 02-156 Warszawa, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000516085, NIP 5223017773, REGON 147327804

jako współadministratorom tych danych w celu przedstawienia oferty finansowania planowanego wykonania badania laboratoryjnego.

Wyrażam zgodę na kontakt w/w spółek z moją osobą za pośrednictwem wskazanego poniżej nr telefonu:

Imię i nazwisko .....

Nr telefonu .....

Informujemy, że Medical Finance Group S.A. oraz Mediraty Sp. z o.o są Współadministratorami podanych danych osobowych. Dane będą przetwarzane przez Współadministratorów w wyżej wymienionym celu. Podanie danych jest dobrowolne. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Osoba, której dane dotyczą ma również prawo złożenia sprzeciwu na przetwarzanie dotyczących jej danych oraz prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....  
Data, imię i nazwisko Klienta/Pacjenta (czytelny podpis)