Zgoda na przetwarzanie moich dokumentów dotyczących zdrowia

Ja, niżej podpisany/-a ..... legitymujący/-a się dokumentem tożsamości o numerze ....., adres e-mail ....., numer kontaktowy ..... oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie moich danych osobowych obejmujących dane dotyczące zdrowia, w szczególności zawartych w dokumentacji medycznej, przez Zrzutka.pl sp. z o.o. dla weryfikacji prawdziwości celu zrzutki o identyfikatorze ..... (ID: zrzutki), prowadzonej przez …....., w której zawarto informacje o mnie. Ponadto wyrażam zgodę na przekazanie tych danych do PayU SA i przetwarzanie przez ten podmiot w tym samym celu.

Zgoda jest dobrowolna i może być wycofana w każdym czasie poprzez przesłanie oświadczenia o wycofaniu zgody na adres mailowy: contact@4fund.com. Udzielenie zgody jest warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu weryfikacji zrzutki. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.

Z poważaniem (podpis osoby udzielającej zgody)

……

Pamiętaj - pracownicy Zrzutka.pl sp. z o. o. mogą kontaktować się z Tobą w sprawach związanych ze zorganizowaną zbiórką. Nasze wiadomości zawsze będą wysyłane z domeny @4fund.com lub @mail4fund.com. W razie otrzymania wiadomości z innej domeny lub zaistnienia jakichkolwiek wątpliwości, prosimy skontaktuj się z nami, kierując wiadomość na adres contact@4fund.com.