

**Ja, niżej podpisany/podpisana, .....wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*  
na przetwarzanie moich ww. danych osobowych przez MZOZ w Żorach Sp. z o. o. -  
administratora danych w celu realizacji usługi w zakresie diagnozy i terapii lekarskiej oraz  
czynności z tym związanych.**

.....

\*niepotrzebne skreślić

data i czytelny podpis pacjenta