



**CENTRUM**  
TERAPEUTYCZNO-ROZWOJOWE  
*Aleksandra Sutkowska*

**Centrum Terapeutyczno Rozwojowe**

**ul. Słowackiego 19, 26-670 Pionki**

**KARTA INFORMACYJNA (OSOBY PEŁNOLETNIEJ)**

|                    |  |
|--------------------|--|
| imię i nazwisko    |  |
| data urodzenia     |  |
| PESEL              |  |
| adres zamieszkania |  |
| telefon kontaktowy |  |
| e-mail             |  |

Zapoznałam/zapoznałem się z regulaminem Centrum Terapeutyczno – Rozwojowego, z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych oraz ze Standardami Ochrony Małoletnich i w pełni akceptuję ich postanowienia. Jednocześnie zgadzam się na świadczenie na moją rzecz następujących usług:

.....

.....  
data i podpis Klienta/Pacjenta

Zgadzam się na przetwarzanie przez administratora danych osobowych (Centrum Terapeutyczno rozwojowe Aleksandra Sutkowska) danych osobowych szczególnych kategorii, o których mowa w art. 9 ust. 1 RODO, przekazanych przeze mnie w związku ze świadczeniem usług na moją rzecz. Zgoda dotyczy w szczególności przetwarzania danych osobowych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub światopoglądowe, danych dotyczących zdrowia, seksualności lub orientacji seksualnej. Wiem, że zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdym momencie wycofać.

.....  
data i podpis Klienta/Pacjenta

Zgadzam się, aby Centrum Terapeutyczno Rozwojowe Aleksandra Sutkowska przesyłała mi informacje o swojej działalności, w tym o aktualnej ofercie, na wskazany powyżej:

- adres e-mail,
- numer telefonu.

.....  
data i podpis Klienta/Pacjenta

