



OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
CENTRUM ZDRAVOTNÍ PÉČE A PREVENCE

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Poskytovatel souhlasu
(subjekt údajů)

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Bydliště:

Příjemce souhlasu
(správce)

Ostravská univerzita

Dvořákova 7, 701 03, Ostrava

IČ 61988987

veřejná vysoká škola

zřízena zákonem č. 314/1991 Sb.

V souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále bude označováno také zkratkou „GDPR“) **uděluji souhlas** se zpracováním svých osobních údajů příjemci souhlasu.

Tento souhlas uděluji pro účel, kterým je moje účast v Centru zdravotní péče a prevence – zdravotnické zařízení LF OU, která je uskutečňována příjemcem souhlasu

Prohlašuji, že jsem se seznámil s informacemi o zpracování a ochraně osobních údajů a také s informacemi o svém právu podat námitku proti zpracování osobních údajů. Prohlašuji dále, že příjemce souhlasu mi umožnil seznámit se s výše uvedenými informacemi před udělením tohoto souhlasu a před získáním mých osobních údajů. Prohlašuji rovněž, že jsem porozuměl informacím o zpracování a ochraně osobních údajů.

V _____ dne _____ podpis poskytovatele souhlasu: _____

Lékařská fakulta Ostravské univerzity / Syllabova 19, 703 00 Ostrava / Česká republika
telefon: +420 597 091 111
lf.osu.cz / alive.osu.cz