

Souhlas pacienta se zpracováním osobních údajů

Já, _____
(uveďte prosím jméno, příjmení, titul, datum narození)

tímto uděluji firmě **LEXAMED s.r.o.** (IČ 063 78 854) souhlas se zpracováním těchto svých osobních údajů:

telefonní číslo: _____

e-mailová adresa: _____

na dobu neurčitou, a to za účelem (zaškrtněte prosím alespoň jednu z možností):

- zasílání informací o mém zdravotním stavu elektronickou cestou (SMS, e-mail) na výše uvedené kontakty
- zasílání marketingových nabídek z oblasti zdraví a zdravotnictví

Vezměte, prosím, na vědomí, že podle zákona o ochraně osobních údajů máte právo:

- vzít souhlas kdykoliv zpět, například zasláním e-mailu na adresu eva.rehakova@pharmtop.cz
- požadovat po nás informaci, jaké Vaše osobní údaje zpracováváme,
- požadovat po nás vysvětlení ohledně zpracování osobních údajů,
- vyžádat si přístup k těmto údajům a tyto nechat aktualizovat nebo opravit,
- požadovat výmaz těchto osobních údajů,
- v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů obrátit se na naši společnost nebo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Beru na vědomí, že výše uvedené údaje budou v případě přerušení kontaktu vymazány, a to nejpozději do 10 let od posledního kontaktu.

V _____ dne _____

Podpis _____