

Souhlas klienta (zákonného zástupce) s Podmínkami poskytování služeb a Zásadami zpracování osobních údajů společností Pohyb lidem s.r.o.

Klient:

Jméno:	Příjmení:
Ulice a č.p.:	PSC:
Město:	RČ:
Tel:	E-mail:
Obv. lékař:	Odborný lékař:

Zákonný zástupce:

Jméno:	Příjmení:
	Vztah ke klientovi:

Souhlasím s:

- poskytováním osobních a citlivých údajů a jejich nakládáním, zpracováním a archivací společností Pohyb lidem s.r.o. případně jí pověřeným zpracovatelem v rozsahu dle Zásad ochrany osobních údajů **ANO/NE***
- pořízením zvukového a obrazového záznamu z průběhu mé terapie, při které bude zobrazena i moje osoba a jeho použitím:
 - o výhradně pro účely dokumentace mého zdravotního stavu, terapie a archivaci **ANO/NE***
 - o pro účely výuky na workshopech a konferencích zabývajících se rehabilitační činností **ANO/NE***
 - o Souhlasím s využitím mým osobních údajů pro účely zasílání obchodní a marketingové komunikace o nabídkách, cvičebních programech a produktech společnosti Pohyb lidem s.r.o. **ANO/NE***
 - o Souhlasím s použitím mým zvukových a obrazových záznamů k propagaci na webových a facebookových stránkách společnosti Pohyb lidem s.r.o. **ANO/NE***

*Prosím, nehodící se, škrtněte.

Potvrzuji, že jsem se seznámil/seznámila s podmínkami poskytování služeb společnosti Pohyb lidem s.r.o. a svým podpisem stvrzuji, že s nimi souhlasím. Jsem si vědom/vědoma, že společnost Pohyb lidem s.r.o. je nestátní zdravotnické zařízení poskytující fyzioterapii, skupinové cvičení a workshopy pro veřejnost.

V _____

Dne _____ Podpis: _____