(miejsce, data)

………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Imię i Nazwisko:

……………………………………………….

Adres e-mail:

………………………………………………..

Ja niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na:

przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Holy Healthy Katarzyna Śmiełowska Kraków 31-534, ul. Dąbrowskiego 10, w zakresie niezbędnym do realizacji działalności gospodarczej i świadczenia zamówionej usługi doradczej.

(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

…………………………………………………………………………