

**TÖRVÉNYES KÉPVISELŐI (SZÜLŐI) HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT
KISKORÚ TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI ELLÁTÁSÁHOZ ÉS ADATAINAK
KEZELÉSÉHEZ**

Alulírott

(törvényes képviselő/szülő adatai)

Név:..... Születési hely: születési idő:

Lakóhelye / tartózkodási helye* :.....

Tel.szám:..... E-mail cím:

az Információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 5. § (1) bekezdés a) pontja alapján nyilatkozom, hogy Szaifné Albert Adrienne EV. (cím: 9090 Pannonhalma, Gizella Királyné útja 13., adószám: 55833817-1-28, nyilvántartási szám: 54572289) (a továbbiakban Adatkezelő) természetgyógyászati ellátását önkéntesen veszem igénybe.

Ezennel hozzájárulok kiskorú

(a kiskorú adatai)

Név:.....Születési hely: születési idő:

Anyja neve:Lakóhelye / tartózkodási helye* :.....

törvényes képviselőjeként gyermekem természetgyógyászati kezeléséhez.

- hozzájárulok kiskorú személyi adatainak tárolásához, kezeléséhez
- hozzájárulok személyes adataim nyilvántartásához, kezeléséhezés tárolásához.
- hozzájárulok, hogy az Adatkezelő részemre postai úton levelet, elektronikus úton e-mail-t küldjön
- hozzájárulok, hogy az Adatkezelő telefonon felkeressen, részemre SMS üzenetet küldjön.

Ezen hozzájáruló nyilatkozat nem vonatkozik a kezelt adatok harmadik személy részére történő átadására, ez a törvényben írt kivételekkel kizárólag az előzetes írásbeli hozzájárulásommal történhet. Jelen hozzájáruló nyilatkozat bármikor korlátozás, feltétel és indokolás nélkül visszavonható.

Kijelentem, hogy ezen hozzájárulásomat önkéntesen, a megfelelő tájékoztatás és a vonatkozó jogszabályi rendelkezések ismeretében tettem meg.

Dátum:.....

Törvényes képviselő aláírása: