Horváthné Gregor Anikó e.v.

Természetgyógyász - fülakupunktúrás addiktológus

Telephely: 2151 Fót, Németh Kálmán út 29.

**Adatkezelési hozzájárulási nyilatkozat**

a személyes adatok megismeréséhez és kezeléséhez

Név: …………………………………………………..……………

Leánykori név: ………………………………………………………………..

Anyja neve: …………………………………………………..……………

Születési hely, idő: …………………………………………………..……………

Lakcím: ………………………………………………………………..

Telefonszám: (\*) ………………………………………………………………..

e-mail cím: (\*) ………………………………………………………………..

(\*) nem kötelezően megadandó adat.

Fent nevezett magánszemély ezennel hozzájárulásomat adom személyes adataim megismeréséhez és kezeléséhez az alábbi célból:

**Az adatkezelés célja:**

Horváthné Gregor Anikó e.v. természetgyógyász - fülakupunktúrás addiktológus ügyfeleinek a biztonságos és minőségi szolgáltatás biztosítása, törvényben előírt adatok tárolása (kezelő lap), illetve kapcsolattartás.

**A kezelt adatok:**

kapcsolattartáshoz: név, lakcím, telefonszám, e-mail cím

biztonságos szolgáltatáshoz: egészségügyi kockázatok, kezeléstörténet

Hozzájárulok, hogy az adatkezelő az adataimat az alábbi célból is felhasználhatja:

Az adatkezelő kijelenti, hogy az adatkezelés időtartama – amennyiben jogszabályi előírás erről nem rendelkezik - az adatkezelés céljának megvalósulásáig tart.

Alulírott tudomásul veszem, hogy jelen nyilatkozatomban szereplő adataimat a jogszabályi felhatalmazással rendelkező szervezet alkalmazottai megismerhetik.

Kijelentem, hogy az adatkezelés céljáról, az adatkezeléssel kapcsolatos jogaimról részletes tájékoztatást kaptam, azokat megértettem és az adatkezelési hozzájárulásomat önként, az adatkezelési cél megvalósulása érdekében adtam.

|  |
| --- |
| dátum:………………………………………………………. |
| aláírás:………………………………………………………. |

**NYILATKOZAT TERÁPIÁN VALÓ RÉSZVÉTELRŐL ÉS A HÁZIREND ELFOGADÁSÁRÓL**

Ezúton aláírásommal igazolom, hogy Horváthné Gregor Anikó e.v. természetgyógyász -fülakupunktúrás addiktológus (Természetgyógyász Rendelő) által nyújtott szolgáltatásokat, terápiákat önként vállaltam és saját akaratból egyezek bele a kezelésekbe.

A kezelések, terápiák díjmentes, írásbeli lemondási határideje 48 **óra. A 48 órán túli lemondások esetén a terápia teljes díját kiszámlázzuk.**

Aláírásommal, a lemondásra vonatkozó házirendet elfogadom.

|  |
| --- |
| dátum:………………………………………………………. |
| aláírás:………………………………………………………. |