



## DANE PACJENTA

**Wprowadzane do Platformy APD Medical w celu wykonania diagnozy  
i przygotowania terapii Neuroflow**

Imię:*	
Nazwisko*	
E-mail opiekuna:*	
Data urodzenia:*	
Ręczność:*	leworęczny/praworęczny
Telefon kontaktowy:*	
Ulica:*	
Numer budynku:*	
Kod pocztowy:*	
Miejscowość:	

Zgoda na  
przetwarzanie  
danych:\*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z treścią ustawy z art. 28 ust. 3 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – zwanej dalej RODO

\_\_\_\_\_  
Podpis rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_  
Data, miejscowość