Pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 15 w Warszawie są upoważnieni do przetwarzania danych osobowych systemu Neuroflow na podstawie odrębnej umowy powierzenia przetwarzania danych, zgodnej Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Przeszkoleni pracownicy Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 15 w Warszawie przekazują dane osobowe klientów usługi Neuroflow, na podstawie Umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, zgodnej z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę APD – Medical Sp. z o.o., z siedzibą przy ul. Wiertniczej 135 A, 02-952 Warszawa, w zakresie niezbędnym do obsługi i realizacji usług dla klientów w ramach platformy APD-Medical dotyczących Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.

☐ Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 15 w Warszawie, z siedzibą przy ul. Dzieci Warszawy 42, 02-495 Warszawa firmie APD-Medical Spółka z o.o., z siedzibą przy ul. Wiertniczej 135 A, 02-952 Warszawa – administratorowi systemu NEUROFLOW Aktywnego Treningu Słuchowego podanych powyżej danych osobowych w zakresie niezbędnym do obsługi i korzystania z tego systemu.

……

Data i podpis klienta

……..... Warszawa dnia …….....

Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)

Zgoda rodzica (opiekuna prawnego) na udział dziecka w badaniu i treningu słuchowym przy użyciu systemu NEUROFLOW

Ja niżej podpisana/y jako rodzic (opiekun prawny) wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

…… urodzonego w dniu…….

należy wpisać imię i nazwisko i datę urodzenia dziecka

w badaniu i treningu słuchowym przy użyciu systemu NEUROFLOW administrowanego przez APD – Medical Sp. z o.o., prowadzonym za pośrednictwem Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 15.

Jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie przez Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną nr 15 w Warszawie, z siedzibą przy ul. Dzieci Warszawy 42, 02-495 Warszawa firmie APD-Medical Spółka z o.o., z siedzibą przy ul. Wiertniczej 135 A, 02-952 Warszawa – administratorowi systemu NEUROFLOW Aktywnego Treningu Słuchowego podanych danych osobowych mojego dziecka w zakresie niezbędnym do obsługi i korzystania z tego systemu.

Informujemy, że Poradnia wykonuje diagnozę nieodpłatnie. Jeśli będą chcieli podjąć Państwo terapię dziecka, muszą być Państwo świadomi, że opłata za nią w całości przechodzi na konto firmy APD-Medical. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna nr 15 nie czerpie z tego tytułu żadnych korzyści finansowych.

…….....

Podpis rodzica (opiekuna prawnego)