

**POTWIERDZENIE ZWROTU SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO,
WSPOMAGAJĄCEGO LUB PIELEGNACYJNEGO**

Imię i nazwisko dokonującego zwrotu

Adres zamieszkania

Numer telefonu.....

Nazwa i numer sprzętu

.....

Wypożyczonego dla (imię i nazwisko)

Nr wniosku i umowy

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE L 119, s. 1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.z 2019r. poz.1781 j.t.) do następującego celu - zwrot sprzętu wypożyczonego, a także wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa oraz oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną zgodnie z art.13 ww. rozporządzenia.

Ropczyce, dnia

.....
podpis zwracającego

Potwierdzam przyjęcie zwracanego sprzętu

.....
podpis przyjmującego