

Szczecin, dn.

.....
Imię i nazwisko Opiekuna

.....
adres zamieszkania Opiekuna

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu informowania mnie o różnych formach wsparcia realizowanych na terenie Gminy Miasto Szczecin, skierowanych do osób chorych na chorobę Alzheimera oraz ich Opiekunów.

.....
czytelny podpis Opiekuna

POUCZENIE:

Powyższa zgoda może być odwołana w dowolnym momencie.