

Podpisywana przez Panią/Pana zgoda na przetwarzanie danych osobowych jest wyrażana na rzecz Fundacji „Saventic” z siedzibą w Toruniu, ul. Władysława Łokietka 5, 87-100 Toruń, posiadająca nr KRS 0000900701 oraz spółki **Saventic Health sp. z o.o.** (Fundatora Fundacji Saventic) z siedzibą w Toruniu, ul. Władysława Łokietka 5, 87-100 Toruń, posiadająca nr KRS 0000758906, które zawarły umowę o współadministrowanie danymi osobowymi. Szczegółowe informacje na temat zasad współadministrowania danymi osobowymi są zawarte w klauzuli informacyjnej.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Współadministratorów: **Fundację „Saventic”** z siedzibą w Toruniu, ul. Władysława Łokietka 5, 87-100 Toruń, posiadająca nr KRS 0000900701 oraz spółkę **Saventic Health sp. z o.o.** (Fundatora Fundacji Saventic) z siedzibą w Toruniu, ul. Władysława Łokietka 5, 87-100 Toruń, posiadającą nr KRS 0000758906 moich danych osobowych w zakresie:

imienia i nazwiska, danych kontaktowych, w tym numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej i miejsca zamieszkania, numeru PESEL oraz wieku i płci, oraz

danych szczególnych kategorii: danych dotyczących mojego stanu zdrowia, w szczególności danych związanych z występowaniem choroby rzadkiej lub ultraradkiej, danych opisujących historię mojego leczenia oraz danych genetycznych, w zakresie niezbędnym dla uzyskania pomocy w procesie diagnozowania choroby rzadkiej lub ultraradkiej.

w celu wspierania osób chorych lub podejrzewanych o zachorowanie w zakresie diagnozowania chorób rzadkich i ultraradkich oraz rozwijania algorytmu wspierającego diagnozowanie takich chorób, nawiązywania ze mną kontaktu celem zarekomendowania mi podjęcia leczenia u określonej osoby, wykonującej zawód medyczny, przekazywania danych podmiotom prowadzącym badania kliniczne, w tym w szczególności badania kliniczne sierocych produktów leczniczych oraz informowania mnie o możliwości uczestniczenia w ewentualnych badaniach klinicznych, organizowanych przez osoby trzecie a także uzyskiwania informacji zwrotnej o wynikach mojego leczenia we wskazanym przez Współadministratorów podmiocie leczniczym lub u wskazanej osoby wykonującej zawód medyczny.

W zakresie danych niebędących danymi szczególnych kategorii wyrażam również zgodę na przetwarzanie ich przez Współadministratorów w celach marketingowych, promocji usług, świadczonych przez każdego ze Współadministratorów oraz podejmowania ze mną kontaktu w celu oferowania mi udziału w realizowanych przez któregośkolwiek ze Współadministratorów projektach.

Poprzez akceptację pola wyboru oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych.