

DANE KLIENTA / OPIEKUNA
Wprowadzane do Platformy Neuroflow ATS w celu wykonania diagnozy i
przygotowania terapii Neuroflow ATS

Imię i nazwisko:*	
E-mail:*	
Numer tel.:*	
Adres kontaktowy:*	

DANE PACJENTA (DZIECKA)

PESEL:*	
Imię i nazwisko:*	
Data urodzenia:*	
Ręczność:*	leworęczny/ praworęczny/ oburęczny

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 Zgodą na przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich przetwarzanie danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych:* danych) – zwanej dalej RODO*

Podpis klienta/opiekuna* _____

Data, miejscowość* _____