

.....  
miejsowość, data

**OŚWIADCZENIE  
W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE  
DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA/RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

Ja/My, niżej podpisana/y/i ....., działając w imieniu własnym jak również jako przedstawiciel/e ustawowy/i małoletniej/ego ....., niniejszym wyrażam/y zgodę na przetwarzanie przez POLTREG S.A. z siedzibą w Gdańsku:

- danych osobowych małoletniej/ego ..... obejmujących imię i nazwisko, PESEL, datę urodzenia, adres zamieszkania, płeć, wiek, wzrost, wagę, jak również dane należące do szczególnych kategorii danych osobowych tj. dane biometryczne, genetyczne oraz dane dotyczące zdrowia przekazywane POLTREG S.A. lub zawarte w przekazywanej POLTREG S.A. dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej małoletniego, które to będą lub mogą być przetwarzane w celu przeprowadzenia przez POLTREG S.A. wstępnej kwalifikacji dziecka do terapii limfocytami T regulatorowymi (leczenie preparatem limfocytów TREGS);
- moich/naszych danych osobowych obejmujących imię i nazwisko, adres korespondencyjny, adres e-mail, numer telefonu oraz inne dane podane przeze mnie/przez nas dla POLTREG S.A., które to będą lub mogą być przetwarzane, w celu dokonania identyfikacji małoletniej/ego oraz pozyskania informacji na temat stanu jej/jego zdrowia, a co ma umożliwić przeprowadzenie przez POLTREG S.A. wstępnej kwalifikacji dziecka do terapii limfocytami T regulatorowymi (leczenie preparatem limfocytów TREGS);

Jednocześnie oświadczam/y, że udzielam/y zgody dobrowolnie oraz że zostałam/em/liśmy poinformowana/y/i o przysługującym mi/nam prawie dostępu do treści danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

.....  
(czytelny podpis Rodziców/Opiekunów Prawnych)

.....  
(czytelny podpis Rodziców/Opiekunów Prawnych)