

Souhlas se zpracováním osobních údajů k vyšetření Covid -19**Jméno a příjmení:****Datum narození:****Rodné číslo:****Adresa včetně PSČ:****Email:****Telefon:.....****Způsob předání výsledku:**☐ **e-mailem (přes aplikaci Dr.Sejř)**☐ **osobně (proti podpisu).....pouze na pracovišti Zlín (Třída T.Bati 3910)****S pozitivními nálezy nakládáme v souladu s mimořádným opatřením MZČR.****Zpracování osobních dat podléhá směrnicím GDPR a nebudou poskytnuta třetí osobě!!!!**