



## DANE KLIENTA

**Wprowadzane do Platformy APD Medical w celu wykonania diagnozy  
i przygotowania terapii Neuroflow**

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| Imię:*               |                        |
| Nazwisko*            |                        |
| E-mail opiekuna:*    |                        |
| Data urodzenia:*     |                        |
| Ręczność:*           | leworęczny/praworęczny |
| Telefon kontaktowy:* |                        |
| Ulica:*              |                        |
| Numer budynku:*      |                        |
| Kod pocztowy:*       |                        |
| Miejscowość:         |                        |

Zgoda na przetwarzanie danych:\*

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

---

Podpis rodzica/opiekuna

---

Data, miejscowość

