

.....  
imię i nazwisko Opiekuna

Szczecin, dnia.....

.....  
adres zamieszkania Opiekuna

.....

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu informowania mnie o różnych formach wsparcia realizowanych na terenie Gminy Miasto Szczecin, skierowanych do osób chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów.***

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Opiekuna)

**POUCZENIE:**

Powyższa zgoda może być odwołana w każdym czasie.