

**FORMULARZ**

**Rekomendacji dla firmy Perfect-Team Piotr Pietnoczka**

Treść rekomendacji

Oświadczam, iż mam przyjemność zarekomendować firmę Perfect-Team jako pełni profesjonalną oraz skuteczną w rozwiązywaniu jakichkolwiek problemów.  
Na uwagę zasługują kompetencje pracowników oraz zaangażowanie w wykonywanie powierzonych im zadań.  
Uważam firmę Perfect-Team za godną polecenia.

- \*Wyrażam zgodę na publikację i wykorzystanie przez Perfect-Team Piotr Pietnoczka z siedzibą w Pieniężnie, rekomendacji o ww. treści, w tym danych identyfikacyjnych placówki medycznej oraz mojego imienia i nazwiska, tj. osoby sporządzającej niniejszą rekomendację. Jednocześnie oświadczam, że jestem upoważniony/a do udostępnienia firmie Perfect-Team danych identyfikacyjnych placówki medycznej określonej w pkt. 2 formularza na potrzeby sporządzenia oraz udostępniania/rozpowszechniania przez firmę Perfect-Team rekomendacji. Niniejsza zgoda obejmuje udostępnianie/rozpowszechnianie przez firmę Perfect-Team treści zawartych w formularzu rekomendacji w materiałach handlowych i marketingowych firmy Perfect Team oraz na stronie internetowej [www.perfect-team.pl](http://www.perfect-team.pl)
- \*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez firmę Perfect-Team Piotr Pietnoczka moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla celów promocyjnych i marketingowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych (RODO).  
\*Prosimy o znaczenie ww. pól symbolem „X”

**Jednocześnie, wypełniając obowiązek informacyjny określony w art. 13 ust. 1 i 2 RODO, informujemy że:**

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest firma Perfect-Team Piotr Pietnoczka z siedzibą w Pieniężnie, ul. Mickiewicza 3, 14-520 Pieniężno, (dalej: Administrator);
- dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit a, f RODO;
- podanie ww. danych osobowych jest dobrowolne;
- zgodę na przetwarzanie danych osobowych może Pan/Pani wycofać w dowolnym momencie, a wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem; Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania zgody, przy czym po jej odwołaniu przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Administratorowi i w stosunku do niego oraz okres wypełnienia przez Administratora prawnych obowiązków związanych z archiwizacją danych;
- Przysługuje Panu/Pani prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Administratora następuje za pośrednictwem adresu e – mail: [iod@jgconsulting.net.pl](mailto:iod@jgconsulting.net.pl)

Imię i nazwisko:	ILONA GAJEWSKA
Funkcja:	KIEBOWNIK
Nazwa firmy:	N 202 GAMED ILONA GAJEWSKA

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
**GAMED Ilona Gajewska**  
19-400 Olecko, ul. 11-go Listopada 23/22  
tel. 87 520 22 85, 000000015011  
Poradnia Lekarza POZ, Kody resortowe- część V01, V1001, V11001L  
NIP 847-101-11-19 REGON 790209410  
14-00-01909-13/102/01/POZ

Czytelny podpis wypełniającego formularz  
rekomendacji oraz pieczęć firmowa

Ilona Gajewska  
Kiebownik N202 GAMED