

Potvrzení diagnózy

Jméno a příjmení pacienta/pacientky:	Datum narození:
Bydliště / telefonický kontakt:	
Tímto potvrzují, že výše uvedený pacient má diagnostikovanou celiakii, alergii na lepek nebo musí dodržovat bezlepkovou dietu z důvodu jiných zdravotních komplikací.	
Jméno a příjmení lékaře/lékařky:	Čitelné razítko a podpis lékaře/lékařky:
	Datum:
Adresa a telefon, pokud není na razítku:	
<p>Vyjádření souhlasu pacienta/pacientky se zpracováním osobních údajů firmou Život bez lepku spol. s r.o., IČ:07911424 se sídlem Nový Jičín, B. Martínů 1885/2, ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).</p> <p>Potvrzení diagnózy slouží pro účely zařazení do programu Celiak a bez předchozí registrace na stránkách www.zivotbezlepku.eu nebudou osobní data zpracována. Tento souhlas uděluji pro zadané údaje v tomto Potvrzení diagnózy.</p> <p>Kompletní informace o ochraně osobních údajů najdete na našich internetových stránkách www.zivotbezlepku.eu v sekci O nákupu / Ochrana osobních údajů, odkaz zde: https://www.zivotbezlepku.eu/cs/content/36-ochrana-osobnich-udaju.</p> <p>Potvrzení diagnózy je neprodleně po zařazení do Programu celiak skartováno.</p>	
Podpis pacienta/pacientky:	