

**Zgoda na wykorzystanie danych kontaktowych  
przez firmę „WYSPA” Patrycja Zielińska, Piotr Zieliński Spółka Cywilna**

Wyrażam zgodę na udostępnienie i wykorzystanie danych kontaktowych tj.

- numer telefonu: .....
- adresu email: .....

Dane wymienione wyżej będą służyły do kontaktu z pacjentem/opiekunem prawnym pacjenta.

.....  
Wyrażam zgodę (podpis opiekuna prawnego)