

# Badanie okulistyczne

Związku Kynologicznym Oddział Nowy Sącz ul. Broniewskiego 26

Nowy Sącz 15.03.2026

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY APPLICATION FORM

Z W I E R Z Ę / A N I M A L			
Imię Name			
Rasa Breed			
Płeć Sex		Data urodzenia Date of birth	
Numer PKR/KW Studbook No		Maść (kolor) Coat colour	
Tatuaż Tattoo		Mikroczip Microchip No	
W Ł A Ś C I C I E L / O W N E R			
Imię i nazwisko Name			
Ulica Street		Numer Nr	
Miasto Town		Kod pocztowy Post-code	
Numer telefonu Phone Nr		Państwo Country	
Preferowany dzień badania Preferred day of the examination	15-03-2026		
Preferowana godzina badania Preferred examination time			

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w Formularzu zgłoszeniowym w celu umówienia się na badanie i wypełnienie Certyfikatu badania okulistycznego, w zakresie opisanym w „Polityce prywatności”, zgodnie z ustawą Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być ona w dowolnym momencie wycofana, z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych na podstawie zgody, przed jej wycofaniem.

Wyrażenie zgody niezbędne jest do wykonania badania okulistycznego, jeśli nie wyrażasz zgody na przetwarzanie danych, prosimy o opuszczenie tej strony. Przesłanie Formularza zgłoszeniowego jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych.