

## OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA

Ja niżej podpisany/a .....PESEL .....

Oświadczam iż:

1. Jestem właścicielem przesyłanych za pomocą WeTransfer danych medycznych (w tym danych osobowych).
2. Ponoszę pełną odpowiedzialność za wszelkie ryzyka związane z utratą, wyciekami, zmodyfikowaniem, przesyłaniem poprzez WeTransfer danych.
3. Nie będę dochodził/ła żadnych roszczeń w stosunku do adresata przesyłanych danych w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zdarzeń wskazanych w pkt.2 podczas przesyłania za pomocą WeTransfer.
4. Jestem w pełni świadomy/ma ryzyk związanych z używaniem ogólnie dostępnych narzędzi do przesyłania danych oraz braku możliwości zweryfikowania adekwatnych do kategorii przesyłanych danych zabezpieczeń.

Zakres przesyłanych danych: ( należy wpisać zakres danych np.: wyniki badań, zdjęcia RTG, itp.)

.....  
.....  
.....

Dane przesłane zostaną z adresu e-mail : .....

Oświadczam iż wszystkie podane w oświadczeniu dane są prawdziwe i nie zostały w żaden sposób zmodyfikowane.

Adres do korespondencji:

.....

Data, czytelny podpis.

\_\_\_\_\_