

OŚWIADCZENIE UŻYTKOWNIKA

Ja niżej podpisany/a:

NAZWISKO I IMIĘ.....

DATA, URODZENIA I PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA Z KODEM POCZTOWYM:.....

DANE KONTAKTOWE (NR TELEFONU, E-MAIL).....

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, wyciekiem, zmodyfikowaniem, przesyłanych 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 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.
