Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (pesel, imię i nazwisko, adres zamieszkania,adres email, numer telefonu) w celu rejestracji i prowadzenia dokumentacji medycznej oraz na kontakt telefoniczny i sms w celu przyszłych konsultacji, rejestracji oraz przesyłania recept elektronicznych. Administratorem Pana/ Pani danych osobowych jest Tomasz Rojewski NIP 6172145710, 60 - 517 Poznań ul. Augustyna Szamarzewskiego 24/20. W dowolnym momencie możliwe jest wycofanie zgody poprzez wysłanie widamomości na adres email PoznanskieCentrumPrEP@protonmail.com lub pisma pocztą tradycyjną.