

OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Jaszkotle, dnia _____

Ja niżej
podpisany _____
Imię i nazwisko opiekuna

Opiekun prawny Pana/Pani

Imię i nazwisko pacjenta_____
PESEL lub *_____
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Działając jako opiekun prawny*/za zgodą osoby skierowanej*/w imieniu własnym* na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym również w przypadku zaistnienia takiej konieczności, wykorzystywania ich w zakresie oznaczonym w złożonym wniosku i załączonych dokumentach w związku z pobytem Pana/i:

Imię i nazwisko_____
PESEL lub **
tożsamość_____
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy dla Dzieci im. Bł. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jasz kotlu 21, 55-080 Kąty Wrocławskie.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

Oświadczam, że pouczono mnie o prawie dostępu do treści danych i prawie poprawiania danych.

Podpis osoby składającej oświadczenie_____
** niepotrzebne skreślić

* w przypadku braku PESEL