

**OŚWIADCZENIE W SPRAWIE WYRAŻENIE ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Jaszkotle, dnia _____

Ja niżej niżej podpisany/a

Imię i nazwisko opiekuna

Opiekun prawny Pana/Pani

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL _____ lub _____

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

Kod pocztowy

Adres

Działając jako opiekun prawny*/za zgodą osoby skierowanej*/ w imieniu własnym* na podstawie art. 23 ust. 1 pkt. 1 i art. 27 ust. 2 i 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*

Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym dla Dzieci im. Jana Pawła II prowadzonym przez Zgromadzenie Sióstr Maryi Niepokalanej w Jaszkotle, Jaszkotle 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.

Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

* Niepotrzebne skreślić

* *w przypadku braku PESEL