

Dnia.....

OŚWIADCZENIE

Jako pacjent/opiekun prawny osoby starającej się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Santa-Rita” w Przemyślu wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/ mojego podopiecznego, zostałem poinformowany że:

1. Administratorem danych jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczy „Sant-Rita” w Przemyślu
2. Cel przetwarzania danych to: udzielenie świadczenia zdrowotnego
3. Mam prawo do wglądu i poprawienia moich danych
4. Dane osobowe osobowe przechowywane będą zgodnie z D.U.2012.poz.159

| |
|---|
| DANE OSOBOWE ZGODNE Z DOWODEM OSOBISTYM PACJENTA |
|---|

| | |
|--------------------------|--|
| Nazwisko | |
| Imię lub imiona | |
| Nazwisko rodowe | |
| Imiona rodziców | |
| Data i miejsce urodzenia | |
| Seria i numer dowodu | |
| Data ważności | |
| Kto wydał | |
| Adres zamieszkania | |
| Adres korespondencyjny | |

Potwierdzam prawdziwość przekazanych danych.....
/data i podpis/

Potwierdzam zgodność danych osobowych z przedłożonym dowodem osobistym

.....
/podpis pracownika/