

Dnia,.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Jako *pacjent/opiekun prawny osoby** starający się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Przemyślu, ul. Jasińskiego 15, 37-700 Przemyśl, wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych *moich/mojego podopiecznego**.

Zostałem poinformowany że:

- administratorem danych jest Zakład Opiekuńczo-Leczniczny w Przemyślu,
- cel przetwarzania danych to: udzielenie świadczenia zdrowotnego,
- mam prawo do wglądu i poprawiania moich danych,
- dane 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	_ _ - _ _ - _ _ _ _
Płeć	
numer PESEL	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
obywatelstwo	
seria i numer	_ _ _ _ _ _ _ _ _
data wydania	_ _ - _ _ - _ _ _ _
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/

* - niepotrzebne skreślić