

Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie
13-220 Rybno, ul. Zajeziorna 58; REGON 130314249; NIP:5711503502; nr ks. rej. 000000015036
(dane identyfikujące PWDL)

**COFNIĘCIE ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr PESEL pacjenta:

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego pacjenta*:

Nr PESEL przedstawiciela ustawowego pacjenta*:

Ja niżej podpisana(-ny) oświadczam, że cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych / danych osobowych mojego dziecka* w postaci numeru telefonu przez Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rybnie z siedzibą: 13-220 Rybno, ul. Zajeziorna 58

* niepotrzebne skreślić

.....
(podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego)