

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)

ZGODA 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 wyrażam 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, do celów związanych z organizacją udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym przypomnienie o terminie wizyty);

* niepotrzebne skreślić

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

Przed wyrażeniem zgody zostałam poinformowana / zostałem poinformowany o tym, że:

1. Mam prawo dostępu do treści ww. danych i ich poprawienia.
2. Mam prawo w dowolnym momencie wycofać zgodę; wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

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