

miejsowość data

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
(telefon kontaktowy)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana(y), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez 23 Wojskowy Szpital Uzdrowsko-Rehabilitacyjny – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju ul. Plac Mariański Nr 7/8 , 57-540 Łądek Zdrój [KRS 0000012089] moich danych osobowych (zgłoszonych: telefonicznie, e –mailem, lub zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach), w zakresie niezbędnym dla potrzeb realizacji świadczenia przez tenże Szpital na moją rzecz usług medycznych a także wszelkich innych usług związanych z moim zakwaterowaniem , pobytem, korzystaniem z zabiegów medycznych i wykwaterowaniem z tegoż Szpitala, w granicach określonych przepisami Ustawy z dnia 29-08-1997r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.).

.....
czytelny podpis