

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

telefon

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych **23 Wojskowy Szpital Uzdrowskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (zwany w dalszej części „SZPITALEM”)** z siedzibą przy Placu Mariańskim 7/8, 57-540 Łądek Zdrój, REGON: 890053731, NIP: 8811343809, KRS: 0000012089 w celu wykonywania czynności niezbędnych do realizacji celów SZPITALA (w tym przede wszystkim w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych oraz zarządzania udzielaniem usług medycznych).
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej SZPITALA, zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również „RODO”), w tym z informacją o celu, czasie i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
(data i czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem(am) zapoznany(a) z Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku praw Pacjenta oraz Regulaminem Szpitala

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZYJĘCIE DO SZPITALA ORAZ PROPONOWANE LECZENIE

Oświadczam, że upoważniam / nie upoważniam nikogo* / do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia oraz wydania dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci

.....
Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

telefon

.....
(data i czytelny podpis)

* niepotrzebne skreślić