

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko Pacjenta.....

PESEL Pacjenta.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z udzieleniem mi świadczeń zdrowotnych w Poznańskim Centrum Otolaryngologii NZOZ, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity –Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 r. z późn. zm.).

.....

podpis Pacjenta