
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

Miejscowość i data:

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane Rodziców/Opiekunów prawnych Pacjenta:

Imię i nazwisko:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie danych osobowych mojego syna/mojej córki przez Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu w celu kwalifikacji pacjenta do leczenia szpitalnego oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. zaplanowanej hospitalizacji pacjenta.

czytelny podpis Rodziców/
Opiekunów prawnych

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).