



ŚLĄSKIE CENTRUM REHABILITACYJNO-UZDROWISKOWE
im. dr. Adama Szebesty w Rabce-Zdroju Sp. z o.o.

Imię nazwisko pacjenta:
PESEL

Zgoda na umieszczenie danych osobowych

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na umieszczenie moich danych osobowych w zakresie „imię i nazwisko” w miejscach wynikających z procesu udzielanych świadczeń zdrowotnych np.: identyfikator, rama łóżka, opis „kroplówki”, opis strzykawki z lekiem, opis pojemnika do dobowej zbiórki moczu.

.....
Data i podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego

*niepotrzebne skreślić

PJ-ZD-1-06.2018-E1-WE/P