



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