POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE
GRÓJEC

PS/F/18.1

.....……

.....…… ……
Imię i nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego *PESEL*

Oświadczenie
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich/mojego dziecka w celu umieszczenia ich na opasce identyfikacyjnej, na tablicy ruchu chorych, na karcie gorączkowej, na opakowaniach leków i materiałów używanych do terapii , w związku z pobytem w Powiatowym Centrum Medycznym sp. z o.o. w Grójcu – zgodnie z *Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 1997r. Nr 133,poz. 883 z późn. zmianami)*

…… ……
(miejscowość, data) (podpis)