

.....
(Imię i nazwisko świadczeniobiorcy)

Hajnówka.....

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(Nr świadczenia emerytalno-rentowego)

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w związku ze skierowaniem do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego SP ZOZ w Hajnówce (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002r. Nr. 1001 poz. 926, ze zm.).

Jednocześnie informuję, iż Pan/Pani ma prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich zmiany.

.....
(czytelny podpis osoby ubiegającej się o skierowanie)