

	Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska		
	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szczecinku		
	Dokumentacja ochrony danych osobowych		
	Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych/Oświadczenie		
	Typ dokumentu	Status	Przeznaczenie
Formularz zgody	Wewnętrzny	Świadczeniobiorcy	2023080101

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Numer telefonu.....

Adres e-mail.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, (imię nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail) informacji medycznych oraz ich gromadzenie przez Wojskową Specjalistyczną Przychodnię Lekarską w Szczecinku do celów:

1. Marketingowych związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy*
2. Udział w badaniach klinicznych prowadzonych przez..... w zakresie*
3.*

Szczecinek dnia

Czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić