

	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	Wersja
Formularz zgody	Wewnętrzny	Świadczeniobiorcy	2023080101

Zgoda świadczeniobiorcy na przetwarzanie danych osobowych dziecka

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka) _____ (PESEL dziecka) i

wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Wojskową

Specjalistyczną Przychodnię Lekarską, do celów:

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

Szczecinek dnia

Czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić

*niepotrzebne skreślić