

Wzór zgody pacjenta na przetwarzanie danych osobowych

Brzozów, dnia

.....
Nazwisko i Imię Pacjenta

.....
Numer PESEL Pacjenta

Zgoda Pacjenta na przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym:

1/ Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* **na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych** przez Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Księdza Bronisława Markiewicza;

2/ Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* **na przekazanie moich danych osobowych przez Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Księdza Bronisława Markiewicza do państwa trzeciego**, tj. państwa nie będącego członkiem Unii Europejskiej (za wyjątkiem: Norwegii, Islandii i Lichtensteinu);

3/ Wyrażam zgodę/nie wyrażam* zgody **na wpisanie moich danych osobowych do tzw. kolejki oczekujących na świadczenie medyczne** w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. Księdza Bronisława Markiewicza.

.....
Podpis pacjenta

* niepotrzebne wykreślić