

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych związanych z moim pobytem w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym SP ZOZ w Siemiatyczach.

.....
Podpis pacjenta
lub jej ustawowego opiekuna