

Zgodnie z rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 26 kwietnia 2016r, art. 6 pkt.1 a-d

Upoważniam Panią/Pana.....

Legitymującego się dowodem osobistym: serianumer

Do przekazania do sekretariatu Hospicjum Św. Jana Ewangelisty w Szczecinie moich danych identyfikacyjnych(imię, nazwisko i pesel), adresowych (miejsce aktualnego pobytu), kontaktowych(adres do korespondencji, numer telefonu) oraz danych medycznych (skierowanie, informacja o przebytych leczeniach, informacja o aktualnym stanie i leczeniu),

Przekazane dane zostaną wykorzystane w celu ustalenia wskazań do świadczenia usług medycznych przez Hospicjum.

Czytelny podpis pacjenta

.....