



Kraśnik, dnia.....

ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE DANYCH

Ja niżej podpisany/nalegitymujący/ca się dowodem osobistym nr, posiadający/ąca numer PESEL, numer świadczenia, wyrażam zgodę na udostępnianie osobom reprezentującym Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku, ul. Chopina 13, 23-200 Kraśnik: danych zgromadzonych na moim koncie ubezpieczonego w w zakresie wysokości dochodu osiągniętego przeze mnie w okresie i zapisanych w rejestrach moich danych osobowych podlegających ochronie wg rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO – ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L. z 2016, nr 119, z dnia 4 maja 2016r., str. 1 ze zm.) .

.....
/ podpis pacjenta/tki/