

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
W DZIAŁDOWIE
13-200 DZIAŁDOWO, UL. LEŚNA 1
CENTRALNA REJESTRACJA
TEL. 23 697 22 11 WEW. 250

WNIOSEK

IMIĘ I NAZWISKO
PESEL
ADRES ZAMIESZKANIA

PROSZĘ O UDOSTĘPNIENIE MI MOŻLIWOŚCI LOGOWANIA DO SERWISU E-REJESTRACJA
ZA POMOCĄ MOJEGO ADRESU E-MAIL:

.....

JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ Z REGULAMINEM UŻYTKOWNIKA
SERWISU E-REJESTRACJA I WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH
OSOBOWYCH W CELU I W ZAKRESIE POTRZEB NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI W.W.
USŁUGI (ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE DANYCH
OSOBOWYCH).

.....
data i podpis pacjenta