……., ……
Miejscowość Data bieżąca

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny

dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju

44-335 Jastrzębie–Zdrój ul. Kościuszki 14

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę* / nie wyrażam zgody * na udostępnienie dokumentacji medycznej dziecka:

……, …… wraz z danymi osobowymi - w tym danymi
Nazwisko i imię Data urodzenia

wrażliwymi rodziców lub opiekunów prawnych - znajdującymi się w dokumentacji medycznej dziecka

na wniosek osoby uprawnionej:

1. …….. …….. ……..
Nazwisko i imię rodzica* / opiekuna prawnego* Pokrewieństwo Czytelny podpis

2. …….. …….. ……..
Nazwisko i imię rodzica* / opiekuna prawnego* Pokrewieństwo Czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić