OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu w systemach informacyjnych Powiatowym Centrum Medycznym Sp zo.o. w Braniewie oraz płatnika. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

.....

/Data i podpis osoby kierowanej do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego/