



WNIOSEK O ZAŁOŻENIE KONTA W SYSTEMIE E-REJESTRACJA

| | Dane Pacjenta | Dane przedstawiciela ustawowego |
|----------|---------------|---------------------------------|
| Imię | | |
| Nazwisko | | |
| PESEL | | |

Dane kontaktowe:

| | |
|--|--|
| E-mail (na który będą wysyłane komunikaty systemu e-rejestracja) | |
| Nr telefonu | |
| Miejsce zamieszkania | |
| Kod pocztowy | |
| Ulica | |
| Nr domu/nr mieszkania | |

Oświadczenie:

Oświadczam, że akceptuję postanowienia regulaminu korzystania z systemu e-rejestracji

Wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych zgodnie z polskim prawem, w szczególności z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, pozycja 926 z późn.zm.).

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym w/w pacjenta*

Miejscowość i data:

Czytelny podpis pacjenta / opiekuna ustawowego*:

* - niepotrzebne skreślić