

Oława, dnia .....

## **ZGODA**

Ja.....

*Imię i nazwisko pacjenta, (opiekun prawny), adres zamieszkania*

legitymująca (y) się dowodem osobistym .....

*seria i numer, PESEL*

dla ułatwienia i przyspieszenia mojej identyfikacji personelowi szpitala, na podstawie przepisu art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podczas pobytu w oddziale poprzez umieszczenie na zawieszce przy łóżku mojego imienia i nazwiska

.....

*Imię, nazwisko pacjenta lub opiekuna*

.....

*podpis lekarza, pielęgniarki*