

Miejscowość ..... Data .....

## OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/łam zapoznany/na z wszelkimi informacjami dotyczącymi obowiązków Hospicjum Stacjonarnego EWDOMED w Konstancinie-Jeziornie jako Administratora Danych Osobowych oraz w zakresie przysługujących mi uprawnień, jakie wynikają z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w szczególności z art. 13. ust. i 2 przedmiotowego Rozporządzenia.

.....

Podpis Pacjenta