



CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII W BYSTRYCY
Poradnie Specjalistyczne
Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany oświadczam, że opiekunem prawnym/ opiekunami prawnymi

dziecka.....

PESEL są:

1)..... PESEL
nazwisko ,imię opiekuna prawnego

2)..... PESEL
nazwisko ,imię opiekuna prawnego

Oświadczam również, że opiekun prawny/ opiekunowie prawni w dniu składania niniejszego oświadczenia nie ma/ mają ograniczonych praw rodzicielskich.

Zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach ochrony i przetwarzania danych osobowych obowiązujących w CPiT w Bystrzycy (*Podstawa prawna : art. 13 RODO*).

.....

Data i podpis odbierającego oświadczeni

.....

Data i czytelny podpis opiekuna prawnego