

## DANE PACJENTA DO PRZYJĘCIA

Imię	
Drugie imię	
Nazwisko	
Nazwisko rodowe	
Imiona rodziców	
PESEL	
Miejscowość urodzenia	
Adres zamieszkania	
Adres zameldowania	
Forma ubezpieczenia/ numer legitymacji/data wydania/ważność	
Imię i nazwisko/numer telefonu/stopień pokrewieństwa osoby wskazanej przez pacjenta do kontaktu z Hospicjum	

*Niniejszym oświadczam, iż zostałem/łam zapoznany/na z wszelkimi informacjami dotyczącymi obowiązków Fundacji Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie 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.*

.....  
Miejscowość, data

.....  
czytelny podpis chorego/opiekuna