

Dotyczy Pacjenta:
(imię nazwisko Pacjenta)

**OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH
DOSTĘPIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

dokument z
wadami NIE
KOPOWAĆ!

Ja niżej podpisany/a:

.....
(imię nazwisko Pacjenta lub jego opiekuna prawnego)

oświadczam, że w związku ze sporządzoną Opinią przez Centrum Niezależnego Orzecznictwa i Usług Medycznych, **wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Centrum Niezależnego Orzecznictwa i Usług Medycznych, w tym danych osobowych** dotyczących stanu zdrowia i wynikających z dokumentacji medycznej, Pacjenta :

.....
(imię nazwisko Pacjenta)

Jednocześnie informuję, że wyrażam zgodę na udostępnianie innym podmiotom współpracującym z Centrum Niezależnego Orzecznictwa i Usług Medycznych, informacji oraz dokumentacji zawierających dane osobowe, w tym dane medyczne w celu i zakresie niezbędnym do sporządzenia Opinii.

Data:.....

Podpis
(imię nazwisko Pacjenta lub jego opiekuna prawnego)

(wypełnia Prawnik/CNOiUM/RO)

Własnoręczność podpisu Klienta stwierdzam na podstawie dokumentu tożsamości : nr

.....
podpis i pieczęć osoby przyjmującej oświadczenie (Prawnik/CNOiUM/RO)