

pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
potwierdzające konieczność zaopatrzenia
w sprzęt rehabilitacyjny w warunkach domowych

I. DANE PACJENTA:

Imię i nazwisko

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

II. ROZPOZNANIE (wpisać czytelnie w języku polskim):

.....

.....

.....

.....

III. ZALECANY SPRZĘT REHABILITACYJNY (podać dokładną nazwę):

.....

.....

.....

.....

IV. UZASADNIENIE ZAOPATRZENIA W W/W SPRZĘT REHABILITACYJNY:

.....

.....

.....

.....

.....
data

.....
podpis i pieczęć lekarza

Zgoda w celach kontaktowych

Imię i nazwisko	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	

Oświadczenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wskazanych w tabeli moich danych osobowych w celu kontaktowym na potrzeby obsługi moich spraw prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieruszowie (PCPR w Wieruszowie)

.....
(data i podpis)

Informujemy, że może Pan/Pani wycofać powyższą zgodę w każdym czasie. Wycofanie zgody nie będzie miało jednak wpływu na legalność przetwarzania danych, które zostały udostępnione na jej podstawie, przed wycofaniem zgody.

Z chwilą otrzymania Danych Osobowych PCPR w Wieruszowie stanie się ich niezależnym administratorem i będzie przetwarzać je zgodnie z Rozporządzeniem UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), zwanym dalej „RODO”. PCPR w Wieruszowie będzie przetwarzać Pani/Pana Dane Osobowe w oparciu o w/w zgodę wyłącznie w celu nawiązania kontaktu (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

W przypadku, gdy po nawiązaniu kontaktu nie zdecyduje się Pani/Pan na dalsze przetwarzanie tych danych, Pani/Pana dane zostaną usunięte.

Udzielenie powyższej zgody jest dobrowolne. Jeżeli to nastąpi, dostęp do Pani/Pana Danych Osobowych będą mieli upoważnieni pracownicy PCPR w Wieruszowie oraz usługodawcy, którym w drodze umowy powierzono przetwarzanie Danych Osobowych na potrzeby realizacji zadań wykonywanych przez PCPR w Wieruszowie.

.....
(data i podpis)