	<b>DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>	<b>Wydanie 5 z dnia 12.06.2024.</b>
	<b>OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I UDZIAŁ W WYCIECZKACH</b>	<b>Numer dokumentu ROB/Zał. nr 2</b>
		strona 1 z 2

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Nr. Ks. Gł. ....

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta. Prawa pacjenta oraz Regulamin Porządkowy dostępne są do wglądu w dyżurkach pielęgniarskich w poszczególnych komórkach organizacyjnych Centrum oraz na stronie internetowej Centrum [www.scru.pl](http://www.scru.pl)

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Śląski Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowym w Rabce Zdroju oraz że zostałem/łam poinformowany/ao dostępności ww. informacji na stronie internetowej Centrum [www.scru.pl](http://www.scru.pl) oraz na tablicach informacyjnych we wszystkich obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że personel Centrum nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy wartościowe przywiezione przez dziecko np. laptop, tablet, aparat fotograficzny, komórka.


.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Proszę o udostępnienie posług religijnych - Msza Św. w niedzielę święta oraz lekcji religii w szkole.

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

\*dotyczy wyłącznie dzieci

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

	<b>DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA</b>	<b>Wydanie 5 z dnia 12.06.2024.</b>
	<b>OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU I UDZIAŁ W WYCIECZKACH</b>	<b>Numer dokumentu ROB/Zał. nr 2</b>
		strona 2 z 2

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Nr. Ks. Gł. ....

### ZDODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie mojego wizerunku/ mojego dziecka przez Śląskie Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowe w Rabce – Zdroju Sp. z o.o. w publikacjach, w prasie oraz w internecie, jak również w przygotowywanych przez Centrum akcjach i materiałach promocyjnych i /lub reklamach wyłącznie na potrzeby ŚCRU.

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

\*właściwe podkreślić

Wyrażam/nie wyrażam \*zgody na uczestnictwo mojego dziecka /na udział w wycieczce pieszej i autokarowej (koszt ok. 40 zł) w czasie pobytu w Śląskim Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowym.

.....  
Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

\*dotyczy wyłącznie dzieci, \*właściwe podkreślić