

	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	Wydanie 1 z dnia 30.09.2025
	OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PRZEZ ŚCRU	Numer dokumentu PR CO 1/Zał. nr C2
		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 Oddziału dostępne są do wglądu w dyżurkach pielęgniarskich w poszczególnych komórkach organizacyjnych Centrum oraz na stronie internetowej Centrum www.scrupl Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego
OŚWIADCZENIE Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Ślaskie Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrawiskowym w Rabce Zdroju oraz że zostałem/łam poinformowany/ao dostępności ww. informacji na stronie internetowej Centrum www.scrupl 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 pacjenta np. laptop, tablet, aparat fotograficzny, komórka. Data, podpis pacjenta/opiekuna prawnego

	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	Wydanie 1 z dnia 30.09.2025
	OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PRZEZ ŚCRU	Numer dokumentu PR CO 1/Zał. nr C2
		strona 2 z 2

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie mojego wizerunku 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.

*właściwe podkreślić

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