


| | | |
|---|--|--|
|  | DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA | Wydanie 4 z dnia 12.06.2024r |
| | OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PRZEZ ŚCRU | Numer dokumentu ROC/Zał. nr 2 |
| | | 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.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 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

IMIĘ I NAZWISKO.....

| | | |
|---|--|--|
|  | DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA | Wydanie 4 z dnia 12.06.2024r |
| | OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PRZEZ ŚCRU | Numer dokumentu ROC/Zał. nr 2 |
| | | strona 2 z 2 |

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Ja, niżej podpisana/y, wyrażam/nie wyrażam zgody na wykorzystanie mojego wizerunku przez Śląskie Centrum Rehabilitacyjno – Uzdrowiskowe 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