	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	Wydanie 4 z dnia 12.06.2024 r.
	OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU	Numer dokumentu ROD/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 poszczególnych komórkach organizacyjnych Centrum oraz na stronie internetowej Centrum www.scru.pl


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.

OŚWIADCZENIE

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

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

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

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

ZGODA 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