

	DOKUMENT ZINTEGROWANEGO SYSTEMU ZARZĄDZANIA	Wydanie 1 z dnia 30.09.2025
	OŚWIADCZENIA ORAZ ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU PRZEZ ŚCRU	Numer dokumentu PR CO 1/Zał. Nr FA2.
		strona 1 z 1

Imię i nazwisko.....

PESEL:

Nr. Ks. Gł.

OŚWIADCZENIE Oświadczam, że zapoznałem/łam się z informacją na temat przetwarzania danych osobowych w Śląskie 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.

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

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
--