Kraków, dnia.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i przekazywanie ich do Miejskiego Centrum Profilaktyki Uzależnień w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii uzależnienia od alkoholu w ramach umowy zawartej z Gminą Miejską Kraków.

Jednocześnie wyrażam zgodę na wymianę informacji dotyczących moich danych osobowych pomiędzy MCPU a Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zakresie prawidłowości rozliczenia umowy zawartej z Gminą Miejską Kraków.

.....

Podpis pacjenta