

.....
miejsowość i data

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zapoznałam/łem się z Informacją Administratora Danych Osobowych, którym jest Ośrodek Leczenia Uzależnień Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych, zamieszczoną na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej olu.lublin.pl

1)
(podpis pacjenta pełnoletniego z pełną zdolnością do czynności prawnych)

2) W przypadku pacjenta małoletniego, **poniżej 16 lat** lub pacjenta pozbawionego czynności prawnych

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)

3) W przypadku pacjenta **powyżej 16 lat** lub pacjenta z ograniczoną zdolnością do czynności prawnych

.....
(podpis pacjenta)

ORAZ

.....
(podpis przedstawiciela ustawowego pacjenta)