

**Potwierdzenie odbioru danych ze zbioru danych osobowo-medycznych
na podstawie wniosku o zrealizowanych przez Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej MA-TER Pielęgniarska Opieka Domowa**

W dniu otrzymałem\am, zgodnie ze złożonym wnioskiem, formularz z informacjami dotyczącymi świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanej na rzecz wnioskującego za okres od do

Jednocześnie zostałem\am poinformowany\a, że dane osobowo-medyczne są danymi wrażliwymi zgodnie z art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, i z chwilą ich otrzymania przyjmuję odpowiedzialność za ich bezpieczeństwo.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby wnioskującej)

**Potwierdzenie odbioru danych ze zbioru danych osobowo-medycznych
na podstawie wniosku o zrealizowanych przez Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej MA-TER Pielęgniarska Opieka Domowa**

W dniu otrzymałem\am, zgodnie ze złożonym wnioskiem, formularz z informacjami dotyczącymi świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanej na rzecz wnioskującego za okres od do

Jednocześnie zostałem\am poinformowany\a, że dane osobowo-medyczne są danymi wrażliwymi zgodnie z art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, i z chwilą ich otrzymania przyjmuję odpowiedzialność za ich bezpieczeństwo.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby wnioskującej)