



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów
Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota
ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa
tel.: 22 822 32 21/25 www.szpzlo-ochota.pl

Załącznik nr 2

Oświadczenie do odbioru recept przez osoby trzecie bez szczegółowego określenia tych osób

.....
(Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie)

.....
(nr PESEL)

.....
(Adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

Oświadczam, że upoważniam osoby trzecie bez szczegółowego określenia tych osób do odbioru wystawionych dla mnie recept/zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

.....
Data i podpis Pacjenta

Oświadczenie jest ważne:

jednorazowo

do odwołania

Administratorem danych osobowych podanych przez Pana/Panią jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota z siedzibą w Warszawie, ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa. Celem przetwarzania Pana/Panią danych osobowych jest dołączenie oświadczenia do dokumentacji medycznej. Obowiązek podania danych osobowych wynika z art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152, z późn. zm.). Przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania.