

Gabinet Gastroenterologiczny dr Wojtkiewicza

!!! PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!

KARTA REJESTRACJI PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

ADRES KORESPONDENCYJNY

ULICA

KOD

POCZTA

ADRES E-MAIL

NUMER TELEFONU

RODZAJ BADANIA / KONSULTACJA

Ankieta

Skąd Pan/Pani dowiedział/a się o naszym gabinecie? Proszę podkreślić właściwą odpowiedź.

- Internet
- znajomi
- lekarz (proszę o podanie imienia i nazwiska)
- prasa (proszę o podanie nazwy)
- inne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Karcie Rejestracji Pacjenta i Ankiecie przez Gabinet Gastroenterologiczny dr Wojtkiewicza w zakresie potrzebnym do udzielania usług medycznych (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity Dz.U. Z 2002r. Nr 101, poz.926 z póź. zm.).

.....
data i podpis