

**Ośrodek Działalności Leczniczej**

**Caritas Archidiecezji Warszawskiej**

ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa

tel.: +48 (22) 826 56 04

tel./fax: +48 (22) 828 18 15

e-mail: warszawa@caritasaw.pl, www.warszawa.caritas.pl

**Formularz rejestracji danych pacjenta**

**(składany przez osobę trzecią - opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba bliska, pełnomocnik)**

Imiona i Nazwisko: …………………………………………………………………………

Nazwisko rodowe: ………………………………………………………………………….

Miejsce i data urodzenia: …….…………………………………………...………….……..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Seria i nr dowodu osobistego: ……………………………………………..……….………

PESEL:

Miejsce zamieszkania/zameldowania: …………………………………………..…………

…………………………………………………………………………………….………..

Nr legitymacji ubezpieczenia: …………………………………………………………….

Nr świadczenia: …………………………………………………………………….……..

Organ wydający: …………………………………………………………..………………

Data wystawienia: ……………………………; Data ważności: …………………………

Adnotacje: ………………………………………..……………………………………….

 ………………………………………..……………………………………….

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej pacjenta: …………………………………………….

Występującej jako: opiekun prawny, opiekun faktyczny, osoba bliska, pełnomocnik

(niewłaściwe skreślić)

Nr tel. do kontaktu: ...……………………………...…………………………………...…

Nazwa i nr dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej: ………………………………….

Oświadczam, że powyższe dane przekazuję ze względu na ochronę żywotnych interesów pacjenta, gdyż jest on niezdolny do samodzielnego działania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Caritas Archidiecezji Warszawskiej z siedzibą w Warszawie, ul. Krakowskie Przedmieście 62, 00-322 Warszawa, w celu pozyskania danych ww. pacjenta. Wiadomo mi, iż mam prawo dostępu do treści przekazanych danych i możliwość ich poprawiania oraz, że moja zgoda może być wycofana w dowolnym momencie. Oświadczam, że podane dane są prawdziwe oraz, że otrzymałam/em i zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych przez Caritas AW, a zgoda została wyrażona dobrowolnie.

………………………………. ..………………………………………

 Miejscowość, data czytelny podpis zgłaszającego