

....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie  
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

## **OŚWIADCZENIE PACJENTA POTWIERDZAJĄCE FAKT ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Ja niżej podpisany/ny, zamieszkała/ty .....

PESEL ..... tel. kontaktowy .....

w związku z nie przedłożeniem dokumentu potwierdzającego prawo do bezpłatnych świadczeń  
opieki zdrowotnej oświadczam, że jestem zgłoszony do ubezpieczenia zdrowotnego w:

.....

.....

(nazwa instytucji która zgłosiła pacjenta do ubezpieczenia)

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ, do którego Pacjent został zgłoszony:

.....

Jednocześnie zobowiązuje się do dostarczenia w ciągu 7 dni zaświadczenia potwierdzającego  
prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą:  
44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego Oświadczenia,  
nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób  
zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa  
nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo  
do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo  
prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

.....  
(czytelny podpis pacjenta)