

WYPEŁNIA OSOBA EKSPONOWANA

OŚWIADCZENIE / ZGODA OSOBY EKSPONOWANEJ
na wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV
w celu wykluczenia lub potwierdzenia zakażenia w/w wirusami

Ja niżej podpisany/a
imię i nazwisko, PESEL

jako osoba eksponowana:

1) wyrażam zgodę na pobranie krwi przez

nazwa Zleceniodawcy

i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV przez Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o., ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łąncucie dla potrzeb profilaktyki poekspozycyjnej.

.....

.....
/miejsowość, data/
/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

2) nie wyrażam zgody na pobranie krwi przez

nazwa Zleceniodawcy

i wykonanie badań w kierunku zakażenia wirusami HBV, HCV, HIV przez Centrum Medyczne w Łąncucie Sp. z o.o., ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łąncucie dla potrzeb profilaktyki poekspozycyjnej.

.....
..... /miejsowość, data/

/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/

3) Dodatkowo oświadczam, że:

- a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w niniejszym oświadczeniu w celu określonym wyżej,
- b) zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne,
- c) zostałem/am poinformowany/a, że Klauzula informacyjna (RODO) Centrum Medycznego w Łąncucie Sp. z o.o., ul. Paderewskiego 5, 37-100 Łąncucie znajduje się na stronie www.cm.lancut.pl

.....
..... /miejsowość, data/

/czytelny podpis osoby składającej oświadczenie/