

NYILATKOZAT

Alulírott (név)
(születési idő) (lakcím)

A jelen nyilatkozat aláírásával kijelentem, hogy a Győr Megyei Jogú Város Önkormányzata által a Győr Liezen-Mayer út 57. szám alatti rendelőben fenntartott fogászati sürgősségi ellátás keretében a mai napon részemre sürgősségi fogászati ellátást nyújtott a Fogászati Ügyelet.

Aláírással hozzájárulásomat adom ahhoz, hogy a Fogászati Ügyeletet működtető Egyesített Egészségügyi és Szociális Intézmény Győr (9026 Győr, Kálóczy tér 9-11.) a fogászati ellátással kapcsolatos fenti adataimat – az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. Sz. törvény alapján – kezelje és átadja a lakóhelyem szerinti települési önkormányzat részére a fogászati sürgősségi ellátás finanszírozása céljából.

Kelt: Győr,

.....

aláírás