

WNIOSEK O WYDANIE RECEPTY

Dane pacjenta:

.....
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer telefonu komórkowego)

Lekarstwa:

Nazwa	Dawka	Liczba

.....
Podpis

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) informuję, iż Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o., 56-100 Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 26., e-mail: sekretariat@pcm-wolow.pl, tel. 71 380 58 01

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o wydanie recepty. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikającego w szczególności z ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 ze zm.) oraz ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.). Pełna treść klauzuli informacyjnej dla pacjentów znajduje się na stronie internetowej www.pcmwolow.pl w zakładce RODO.

WNIOSEK O WYDANIE RECEPTY

Dane pacjenta:

.....
(imię i nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(numer telefonu komórkowego)

Lekarstwa:

Nazwa	Dawka	Liczba

.....
Podpis

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO) informuję, iż Administratorem danych osobowych jest Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Sp. z o. o., 56-100 Wołów, ul. Inwalidów Wojennych 26., e-mail: sekretariat@pcm-wolow.pl, tel. 71 380 58 01

Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji wniosku o wydanie recepty. Przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO), wynikającego w szczególności z ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654 ze zm.) oraz ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417 ze zm.). Pełna treść klauzuli informacyjnej dla pacjentów znajduje się na stronie internetowej www.pcmwolow.pl w zakładce RODO.