

Nowy Dwór Mazowiecki, dnia .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres email: .....

Niniejszym potwierdzam, że podany adres email należy do mnie.

Podpis pacjenta .....

Administratorem danych jest Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim (05-100), ul. Miodowa 2. Informujemy, że dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji procesu rejestracji na wizytę lekarską.

Ma Pan/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych, i poprawiania ich. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do dokonania rejestracji za pośrednictwem e-rejestracji.