



Karta informacyjna dla służb ratowniczych

Formularz należy wypełnić drukowanymi literami



**SPÓŁDZIELNIA
MIESZKANIOWA**
LOKATORSKO-WŁASNOŚCIOWA WE WŁODYSŁAWOWIE

Imię i nazwisko

PESEL

Grupa krwi

KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Imię

Pokrewieństwo

Telefon

Imię

Pokrewieństwo

Telefon

CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby

Kiedy/Od kiedy

JESTEM UCZULONY(A) NA

PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa

Dawka

Ile razy dziennie?

Od kiedy?

INNE ISTOTNE INFORMACJE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w "karcie informacyjnej" jeżeli jest ona prowadzona w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony tych danych. Przetwarzanie powyższych danych osobowych w innym celu lub przez inną osobę nieuprawnioną skutkuje odpowiedzialnością karną na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 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.

Potwierdzam
powyższe dane:

Data wypełnienia

Czytelny podpis

Podpis lekarza