**Zgłoszenie do Rady Pacjenta SZPZLO Warszawa-Targówek**

**………………………………………..**

**Imię i nazwisko**

**………………………………………….**

**Telefon**

**…………………………………………**

**Adres e-mail**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Targówek,

03-545 Warszawa, ul. Tykocińska 34

w celach wyboru do Rady Pacjenta SZPZLO Warszawa – Targówek.

……………………….………………….……………

Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę