

KARTA PACJENTA

imię i nazwisko	
data urodzenia	
adres zamieszkania	
telefon kontaktowy	
e-mail	

Zapoznałam/zapoznałem się z Zasadami Współpracy oraz z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych i w pełni akceptuję ich postanowienia. Jednocześnie zgadzam się na świadczenie na moją rzecz następujących usług:

.....

.....

data i podpis Pacjenta

Zgadzam się, aby Ewa Pomorska przysyłała mi informacje o swojej działalności, w tym o aktualnej ofercie, na wskazany powyżej:

- adres e-mail,
- numer telefonu.

.....

data i podpis Pacjenta