

**Adatvédelmi nyilatkozat**

Alulírott ……………………………………………… megismertem és elfogadom az Adatvédelmi tájékoztatóban foglaltakat és hozzájárulást adok az egészségügyi ellátásomhoz szükséges személyes adataim kezeléséhez.

Kelt:

………………………………………………………………….

aláírás

FO7501 457 180525