

.....
Miejscowość, data

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

.....

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych moich/mojego dziecka podanych przeze mnie do Rejestru medycznego administrowanego przez Stowarzyszenie NBIA Polska.

Dane te będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do prowadzenia badań przez jednostki kliniczne i badawcze współpracujące ze Stowarzyszeniem i wykonujące badania na rzecz Stowarzyszenia z zachowaniem anonimowości uniemożliwiającej moją/mojego dziecka identyfikację przez osoby inne niż prowadzące badanie lub niewymienione w otrzymanej przeze mnie informacji na temat przetwarzania moich danych osobowych.

.....
Podpis Pacjenta/Rodzica Pacjenta