

1. Imienny rejestr osób uczestniczących w stacjonarnej edukacji zdrowotnej w miesiącu 2022 roku.

Imię i nazwisko Realizatora: Umowa nr DPZ.1150.....2022.BJÓ

Adres Punktu Edukacyjnego/ pieczęć Podmiotu Leczniczego:

l.p.	data edukacji	imię i pierwsza litera nazwiska	wiek	edukacja P- pierwszy raz K- kolejny raz	Oświadczenie uczestnika	podpis uczestnika
					Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
					Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
					Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
					Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	

Podpis Realizatora

l.p.	data edukacji	imię i nazwisko	edukacja P- pierwszy raz K- kolejny raz	Oświadczenie uczestnika edukacji zdrowotnej	podpis uczestnika
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	
				Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art.6 ust.1 lit. a Rozp. PEiR z dnia 27.04.2016 oraz danych zawartych w dokumentacji medycznej dla potrzeb realizacji i monitorowania zadania pn. Edukacja zdrowotna w profilaktyce cukrzycy	

Podpis Realizatora