

Zabrze, r.

.....
.....
.....
.....
.....

(imię i nazwisko pacjenta,
nr telefonu,
termin i oddział hospitalizacji,
marka, model i nr rejestracyjny samochodu)

**Zarząd Szpitala Miejskiego
w Zabrzu Sp. z o.o.**

Wniosek pacjenta o wyrażenie zgody na pozostawienie samochodu

na stanowisku postojowym na czas hospitalizacji

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na pozostawienie samochodu na stanowisku postojowym na terenie Szpitala na czas hospitalizacji w terminie od dnia r. do dnia r. w Oddziale

Jednocześnie zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w kwocie 100,00 zł za każde rozpoczęte 7 dni.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych- Szpital Miejski w Zabrzu Sp. z o.o. w celu (możliwości) skorzystania z parkingu szpitalnego. Zapoznałem się z polityką ochrony danych osobowych obowiązującą w Szpitalu- dostępną na stronie internetowej Szpitala oraz w siedzibie. Zostałem poinformowany o przysługujących mi prawach w związku z przetwarzaniem moich danych.

.....
(podpis pacjenta)

Decyzja Zarządu

W odpowiedzi na Pana/ Pani wniosek z dnia r. uprzejmie informuję, że wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody na pozostawienie przez Pana/ Panią samochodu na stanowisku postojowym na terenie Szpitala na czas hospitalizacji w/w terminie w/w Oddziale.

.....
(podpis Zarządu)