



## ADATVÉDELMI NYILATKOZAT

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

Kelt: ....., .....

.....

aláírás