

Oleśnica, dn. ....

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko

.....  
nr pesel

.....

### **Oświadczenie Pacjenta o monitoringu.**

Zostałem / łam poinformowany / a, że w gabinecie KARO - DENT funkcjonuje system monitoringu. Celem prowadzenia monitoringu jest ochrona przed działaniami mogącymi spowodować szkodę dla zakładu pracy i osób w nim przebywających. Zarejestrowane informacje nie będą wykorzystywane do celów innych niż wymienione wyżej. Ponadto, zaznacza się, że monitoring będzie w jak najmniejszym stopniu ingerował w prywatność pacjenta.

Administrator danych: KARO - DENT ul. Wileńska 31B, 56-400 Oleśnica

.....

Podpis pacjenta