

Otwock dnia .....

.....  
/imię i nazwisko/

.....  
/dane kontaktowe/

Kartę wjazdową miesięczną nr. .... umożliwiającą wjazd/wyjazd na teren szpitala przy ul.

Reymonta 83/91 odebrałem w dniu ..... o godz. ....

Wpłaciłem kaucję za kartę w kwocie 50 zł (słownie: pięćdziesiąt zł).

Zobowiązuję się zwrócić w/w kartę do dnia ..... do godz. ....

Po upływie w/w terminu karta zostanie zablokowana a kaucja potrącona.

.....  
/czytelny podpis/

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie dotyczącym przetwarzania danych osobowych posiadaczy kart wjazdowych na teren Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruźlicy.

.....  
/czytelny podpis/

**Zapoznałem się z Klauzulą Informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych użytkowników kart wjazdowych na teren Mazowieckiego Centrum Leczenia chorób Płuc i Gruźlicy w Otwocku przy ul. Reymonta 83/91.**

.....  
/czytelny podpis/