

**Sławno, dnia ..... stycznia 2009r.**

## **O ś w i a d c z e n i e**

**Ja, niżej podpisany(a) .....,**  
(imię i nazwisko)

**zameldowany(a) / zamieszkały(a) w Sławnie przy ulicy .....,**

**legitymujący(a) się .....,**  
(wpisać dokument – serię i nr, przez kogo wydany)

**numer PESEL ..... oświadczam, że do dnia 31 grudnia 2008r.**

**byłem(am) pacjentem Pani Katarzyny Żyłuk-Küpcü i nigdzie nie złożyłem(am)**

**deklaracji wyboru nowego lekarza.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Z 2002r. Nr 101, poz, 926 ze zmianami).

.....  
(czytelny podpis – imię i nazwisko)

**Telefon kontaktowy .....**