

15.01.2017 POZNAN
(data, miejscowość)

KOZUBEK KRYSZYNA

Imię i nazwisko pacjenta

UL. SŁOWACKIEGO 8/80, 77-400 ZŁOTÓW

Adres pacjenta

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku, zamieszczonego na zdjęciach lub historii mojej choroby wykonanych przez dr J. Jackowską na których przedstawiona została informacja o moim stanie zdrowia w celach naukowo-dydaktycznych przez dr J. Jackowską poprzez jego zamieszczanie na prezentacjach multimedialnych skierowanych do studentów kierunków medycznych lub publikacji naukowej.

Dane w postaci wizerunku zbierane są dla celów wskazanych powyżej. Odbiorcami danych osobowych mogą być studenci w ramach prowadzonych na uczelni zajęć dydaktycznych oraz czytelnicy czasopism naukowych. Podanie danych jest dobrowolne.

Kozubek Krystyna

podpis