

NYILATKOZAT ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ MEGISMERÉSÉRŐL

Alulírott

Érintett neve:

Születési helye: Születési ideje:.....

Édesanyja neve:

az alábbi nyilatkozatot teszem:

Nyilatkozom, hogy a „Kábítószer-függőséget gyógyító ambuláns kezeléssel kapcsolatban” tárgyú adatkezelési tájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

20.... ..

.....

Érintett aláírása

.....

Törvényes képviselő aláírása
(szükség esetén)

Törvényes képviselő neve nyomtatottan:

.....