

**WYPEŁNIONY WNIOSEK PROSIMIY DOSTARCZYĆ DO REJESTRACJI SZPITALA
W DNIU ROZPOCZĘCIA REHABILITACJI**

WNIOSEK O DOSTĘP DO REJESTRACJI INTERNETOWEJ**

Proszę o udostępnienie możliwości rejestracji drogą elektroniczną do Poradni Specjalistycznych w Ośrodku Rehabilitacji Narządu Ruchu „Krzyszowice” w Krzeszowicach, ul. Daszyńskiego 1.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/em się z regulaminem korzystania z usługi udostępnionym na stronie www.rehabilitacja-krzeszowice.pl, oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jako osoba wnosząca ponoszę wszelkie konsekwencje błędnego wypełnienia wniosku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz podanego we wniosku adresu e-mail przez Ośrodek Rehabilitacji Narządu Ruchu "Krzyszowice" SP ZOZ w zakresie niezbędnym do umożliwienia i utrzymania dostępu do rejestracji elektronicznej, a także w celu informowania o możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Ośrodku, oraz udziału w programach zdrowotnych

Imię*:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nazwisko*:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
PESEL*:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Rodzaj, seria, nr dok. tożsamości*	<input style="width: 100%;" type="text"/>
	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Adres zamieszkania*	
Kod* <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> Poczta* <input style="width: 100px;" type="text"/>
Ulica*	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Numer*	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Miasto*	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon*	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Adres e-mail *	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Data i podpis wnioskodawcy	Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	Data i podpis Administratora systemu