



Nr wniosku/skargi*

Warszawa, dnia

Wniosek/skarga *
w sprawie nieprzestrzegania praw pacjenta w Instytucie Kardiologii

Komórka organizacyjna, której wniosek/skarga dotyczy:

Nazwisko i imię pracownika, którego wniosek/skarga dotyczy:

Wydarzenie, którego wniosek/skarga dotyczy:

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na podanie moich danych osobowych pracownikowi, którego wniosek/skarga dotyczy w czasie interwencji? TAK NIE

Forma informacji o podjętych działaniach i ich efektach

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu dla potrzeb niezbędnych do podjęcia koniecznych działań związanych ze składanym wnioskiem/skargą, w tym do przekazania tych danych zakładowi ubezpieczeń oraz brokerowi ubezpieczeniowemu, z którymi Instytut Kardiologii ma zawartą umowę - zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 02 nr 101 poz. 926 wraz z późn. zmianami).

Dane składającego:

Nazwisko i imię Adres

Tel. e-mail

.....
data i podpis składającego wniosek/skargę

.....
data i podpis przyjmującego wniosek/skargę

*) odpowiednio zaznaczyć