

## NYILATKOZAT ADATKEZELÉSI TÁJÉKOZTATÓ MEGISMERÉSÉRŐL

Alulírott

Érintett neve: .....

Születési helye: ..... Születési ideje:.....

Édesanyja neve: .....

az alábbi nyilatkozatot teszem:

Nyilatkozom, hogy a „Függőséget gyógyító, a Szatymazi Gyermekek- és ifjúsági addiktológiai rehabilitációs részlegben folyó kezeléssel kapcsolatban” tárgyú adatkezelési tájékoztatót elolvastam, az abban foglaltakat tudomásul vettem.

20.... ..

.....

Érintett aláírása

.....

Törvényes képviselő aláírása  
(szükség esetén)

Törvényes képviselő neve nyomtatottan:

.....