

## 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:

.....