

**Skierowanie na badanie spirometryczne oraz tomografii komputerowej  
(wypełnia lekarz rodzinny)**

W RAMACH PROGRAMU PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA RAKA P/ UC  
U MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Imię i nazwisko..... Wiekí í í í í í í í í .

Adres zamieszkaniaí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

PESEL..... Nr telefonu..... E-mailí í í í í í í í í í í ...

Ustalona data badania (uzgadnia lekarz rodzinny)í í í í .. Godzinaí í í í í í í í í í í .

Liczba paczkołatí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

Przebyte choroby i operacjeí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ...

Data.....Podpis i pieczęć lekarza rodzinnegoí í í í í í í í í í í ..

**Formularz wiadomej zgody na badanie  
(podpisuje pacjent)**

Potwierdzam, że zostałem/am dokładnie poinformowany/a o założeniach i istocie badania w kierunku Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Płuc drogą badania spirometrycznego oraz tomografii komputerowej bez kontrastu i wyrażam wiadomie swój zgodę na poddanie się takiemu badaniu.

Miejscowo ..... Data i podpisí í í í í í í í í í í .....

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania na potrzeby zadania  
pt.ö Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka PŁcö**

1. Dane osoby obj tej programem:

Imi í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í .

Nazwiskoí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ....

Adres zamieszkania lub pobytuí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..

í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í ....

Numer ewidencyjny PESELí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

Stan zdrowiaí í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

Miejscowo í í í í í í í í í í Data i podpis í í í í í í í í

2. Wyra am zgod na przetwarzania moich danych osobowych w zakresie imi , nazwisko, adres zamieszkania lub pobytu, nr ewidencyjny PESEL, stan zdrowia, podpis w celu uczestnictwa w "Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka PŁc".

Przyjmuj do wiadomo ci e:

- administratorem danych osobowych jest MarszaŁk Województwa Wielkopolskiego z siedzib Urz du MarszaŁowskiego Województwa Wielkopolskiego przy al. NiepodlegŁci 18, 61-713 Pozna
- dane przetwarzane b d w celu weryfikacji poprawno ci przeprowadzenia ww. Programu i archiwizacji
- przysŁguje mi prawo do tre ci swoich danych i ich poprawiania
- podanie danych osobowych jest dobrowolne

Miejscowo í í í í í í í í í í Data i podpis í í í í í í í ..