

VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras

ORIGINALAS NEBUS SIUNČIAMAS

DĖL DUOMENŲ TEIKIMO

202 -.....-.....
Vilnius

Prašome suteikti informaciją, ar pacientas įrašytas į psichikos ir priklausomybės ligų registrą.

Vardas, pavardė, asmens kodas, tel. numeris

Adresas

Nurodyti esamas ir būsimas kategorijas, ar vairuojama su akiniais ir kitus apribojimus

PRIDEDAMA. Raštiško paciento sutikimo dėl šios informacijos suteikimo mūsų įstaigoje kopija.

Prašymą užpildė:

tel. 260 76 36, faks. 236 22 06, el. p. info@vppc.lt.

SUTIKIMAS DĖL INFORMACIJOS APIE ASMENS REGISTRAVIMĄ PSICHIKOS IR PRIKLAUSOMYBĖS LIGŲ REGISTRE SUTEIKIMO

(vardas, pavardė, asmens kodas)

registruotas

(gyvenamoji vieta)

(sveikatos priežiūros įstaiga, kurioje asmuo prisirašęs)

Sutinku, kad duomenys apie mano įrašymą/neįrašymą psichikos ir priklausomybių ligų įskaitoje būtų suteikti ir perduoti faksu/el.paštu VšĮ Vilniaus psichoterapijos ir psichoanalizės centras atstovaujantčiai (-iam)

Duomenys bus tvarkomi pažymos gavimo tikslu ir bus tvarkomi ne ilgiau nei tai būtina nustatytam tiklui įgyvendinti. Duomenys nebus tvarkomi tiesioginės rinkodaros tikslu.

(vardas, pavardė, parašas)

(data)

ATSAKYMAS.....

Viešojoji įstaiga

Tel. 8 5 260 76 36

Duomenys kaupiami ir saugomi

Ažuolyno g. 5A,

Faks. 8 5 236 22 06

Juridinių asmenų registre

LT-07196 Vilnius

Mob. Tel. 8 652 11903

Kodas 125963674

El. p. info@vppc.lt