

Szczecin, dn. ....

.....  
Imię i nazwisko Opiekuna

.....  
adres zamieszkania Opiekuna

***Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu informowania mnie o różnych formach wsparcia realizowanych na terenie Gminy Miasto Szczecin, skierowanych do osób chorych na chorobę Alzheimera oraz ich Opiekunów.***

.....  
czytelny podpis Opiekuna

POUCZENIE:

Powyższa zgoda może być odwołana w dowolnym momencie.