



Dąbrowa Górnicza, dnia

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Nazwa uczelni, jednostki naukowej, badawczej – jeżeli dotyczy:

.....

Dyrektor**Zagłębiowskie Centrum Onkologii****Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza****ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza**

WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADAŃ ANKIETOWYCH

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na przeprowadzenie w Szpitalu badań ankietowych dotyczących

.....

Celem badania jest:

.....

Miejsce realizacji badań ankietowych

Planowana publikacja w

Określenie grupy respondentów:

Liczba respondentów: Termin przeprowadzenia badania od: do:

Szczegółowy opis sposobu animizacji danych oraz zapewnienia zgodności z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)”:

.....

Termin przedstawienia wyników z przeprowadzonych badań ankietowych:

 (podpis wnioskodawcy)

Opinia właściwego Kierownika komórki organizacyjnej:	wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*	 (uwagi, data i podpis)
---	---------------------------------------	--

WYPEŁNIA SZPITAL:

Opinia Inspektora Ochrony Danych:

.....

.....

 (data i podpis)

Opinia Naczelnej Pielęgniarki (jeśli dotyczy):	wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*	 (uwagi, data i podpis)
Opinia Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa (jeśli dotyczy):	wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody	 (uwagi, data i podpis)
Zgoda Dyrektora:	wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*	 (data i podpis)