



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)**WYPEŁNIA SZPITAL:**

Opinia Inspektora Ochrony Danych:

.....

.....

.....

.....
(data i podpis)

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| Opinia właściwego Kierownika komórki organizacyjnej: | wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* | (uwagi, data i podpis) |
| Opinia Pielęgniarki Naczelnej (jeśli dotyczy): | wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* | (uwagi, data i podpis) |
| Zgoda Dyrektora: | wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* | (data i podpis) |

*niepotrzebne skreślić