

**WNIOSEK****O POTWIERDZENIE TOŻSAMOŚCI UŻYTKOWNIKA W SYSTEMIE eREJESTRACJA  
ZACHODNIOPOMORSKIE CENTRUM ONKOLOGII****INFORMACJE DOTYCZĄCE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ**

(Wypełnia wnioskodawca)

Imię i Nazwisko: Pesel:               

Rodzaj, nr dokumentu tożsamości:

(podać nazwę dokumentu tożsamości)

(seria)

(numer)

Dane o koncie użytkownika w systemie eRejestracji ZCO

(podać nazwę użytkownika)

(podać adres poczty elektronicznej (e-mail))

**OŚWIADCZENIE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:**

Wnioskodawca oświadcza, że:

- dane zawarte we wniosku są prawdziwe i aktualne;
- został poinformowany, że w wyniku potwierdzenia tożsamości użytkownik, uzyska dostęp w serwisie e-Rejestracja do danych wrażliwych dotyczących jego osoby;
- nie udostępni konta osobom trzecim;
- wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnych do potwierdzenia tożsamości użytkownika w systemie eRejestracja ZCO.

 -  -    

(data)

\_\_\_\_\_  
(podpis wnioskodawcy)**INFORMACJE DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA TOŻSAMOŚCI UŻYTKOWNIKA W SYSTEMIE eREJESTRACJI ZCO**

(Wypełnia pracownik rejestracji ZCO)

Potwierdzam zgodność danych zawartych we wniosku z dokumentem tożsamości.

 -  -    

(data)

\_\_\_\_\_  
(Podpis osoby potwierdzającej dane użytkownika)