

## NYILATKOZAT

Alulírott ..... (név), .....(orvosi pecsétszám)  
..... (anyja neve), ..... (lakcím),  
..... (szig. szám) jelen okirat aláírásával adataim kezeléséhez hozzájárulok és tudomásul veszem, hogy az AEEK a praxisengedély kiadásához benyújtott irataimat és adataimat az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII.törvény, és a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló, az Európai Parlament és a Tanács (EU) 2016/679 rendeletében szabályozottak, valamint az általános közgazgatási rendtartásról szóló 2016. évi CL. törvényben foglaltak szerint kezeli.

Kelt:.....év.....hónap..... nap

.....

aláírás

Előttünk mint tanúk előtt:

Tanú (1)

Tanú (2)

Név:.....

Név:.....

.....

.....

Aláírás

Aláírás

Lakcím:.....

Lakcím:.....

Szig. szám:.....

Szig. szám:.....