

Přihláška do projektu BEZPEČNÝ NÁVRAT

Osobní kód
(nevyplňujte)

Jméno, příjmení pacienta

Ulice, číslo

Město, PSČ

Telefon

Jméno, příjmení rodinného příslušníka

Ulice, číslo

Město, PSČ

Telefony

Fax

E-mail

Přeji si zapojit se do projektu "Bezpečný návrat".

Pro zajištění "bezpečného návratu domů" poskytují (poskytujeme) následující telefonní čísla a jména kontaktních osob, které může použít pověřený pracovník České alzheimerovské společnosti v rámci programu "Bezpečný návrat" (čím více kontaktů poskytneme, tím větší bude pravděpodobnost, že v případě potřeby bude některá z osob zastížena).

Jméno a příjmení

telefonní číslo

podpis na souhlas se zařazením do databáze

Souhlasím(e), aby výše uvedená adresa(y) a osobní údaje byly zařazeny do databáze správce těchto osobních údajů - společnosti Česká alzheimerovská společnost se sídlem Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8, IČ: 660 009 71 pro užívání v rámci programu "Bezpečný návrat". Tento souhlas poskytují (poskytujeme) na dobu do odvolání svého souhlasu a jsem (jsme) si vědom(i) toho, že mám(e) právo tento souhlas kdykoliv odvolat.

.....
datum

pacient/ka

rodinný příslušník/pečovatel

Vyplněnou přihlášku zašlete, prosím, na adresu:
Česká alzheimerovská společnost, BEZPEČNÝ NÁVRAT, Šimůnkova 1600, 182 00 Praha 8 - Kobylisy