

Oświadczenie Administratora Podmiotu Leczniczego

Imię

Nazwisko

Oświadczam, że:

- a) wyrażam zgodę na pełnienie funkcji Administratora Podmiotu Leczniczego w Systemie Krajowego Rejestru Nowotworów w jednostce:
- b) posiadam odpowiednią wiedzę i umiejętności konieczne do wykonywania obowiązków Administratora
- c) zapoznałem/ zapoznałam się z treścią regulaminu Systemu Krajowego Rejestru Nowotworów i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień
- d) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Onkologii Instytut w Warszawie, w celach związanych z wykonywaniem funkcji Administratora Podmiotu Leczniczego w Systemie Krajowego Rejestru Nowotworów.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

- 3) Administrator Podmiotu Leczniczego został zobowiązany do przestrzegania Regulaminu korzystania przez Podmioty Lecznicze Systemu Krajowego Rejestru Nowotworów i złożył w tym zakresie wymagane Regulaminem oświadczenie.
- 4) Wnoszę o przesłanie danych dostępowych dla Podmiotu Leczniczego, w tym loginu i hasła na wskazany adres poczty elektronicznej Administratora/ów Podmiotu Leczniczego.

Jednocześnie oświadczam, że do skrzynek poczty elektronicznej o tych adresach ma dostęp jedynie wskazana osoba.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
imię, nazwisko i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Użytkownika

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć Użytkownika