**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO OŚRODKA ŚRODOWISKOWEJ OPIEKI PSYCHOLOGICZNEJ I PSYCHOTERAPEUTYCZNEJ DLA DZIECI I MŁODZIEŻY**

**Imię i nazwisko pacjenta / dziecka:** ……………………………………………………………………………………………………………….…………

Data urodzenia: ……………………………………………………………..

 Miejsce urodzenia: …………………………………………….…..………

**Pesel pacjenta / dziecka:** …………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

**Miejsce zamieszkania:** ………………………………………………………………………………………………………………….……………… ……………………………………………………………….. kod pocztowy: ………………………………….. miasto: ……………………………………..

Numer telefonu kontaktowy:……………………………………………………………………………………………………………

Adres mail:……………………………………………………………………………………………………………………………………….. Opiekun prawny pacjenta:

**Imię, nazwisko i pesel**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data podpis

…………………………………………………………..

1. Administratorem danych osobowych jest GAYA Diagnoza i Terapia, ul. Kościuszki 52 lok. 7, 08-400 Garwolin, posiadająca NIP: 8261279318, REGON: 141101039.

2. Dane osobowe przekazane nam na potrzeby świadczenia usług przez GAYA Diagnoza i Terapia będą przetwarzane wyłącznie na poczet jej realizacji i nie udostępniane innym podmiotom.