

.....  
(pieczęćka Jednostki Organizacyjnej / Szpitala)

....., dnia .....  
(Miejscowość/data)

Wykaz osób przetwarzających dane osobowe w ramach Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wieńcowych

**PONIŻSZĄ TABELĘ NALEŻY WYPEŁNIĆ ELEKTRONICZNIE LUB LITERAMI DRUKOWANYMI**

LP	Imię i Nazwisko	Numer Wykonywania Zawodu lub PESEL	Funkcja*	Telefon Kontaktowy	Email
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
15					
17					
18					
19					
20					

\* Administrator Lokalny lub Użytkownik

.....  
Podpis i pieczęćka osoby wypełniającej