



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
4Η ΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ – ΘΡΑΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ
ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Δ.Λ.Υ.Υ.)

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

ΠΡΟΣ:

Ημερομηνία:/...../.....

Όνοματεπώνυμο:..... Υπογραφή.....

Τηλέφωνο επικοινωνίας:..... Email.....

*Το Γ.Ν.Χ. σας ενημερώνει ότι προκειμένου να δημοσιευθεί η ευχαριστήριος επιστολή σας για ιατρούς, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, **είναι απαραίτητη η έγγραφη συγκατάθεσή σας** βάσει του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων. Η επιστολή σας θα δημοσιεύεται αυτούσια όπως παραλήφθηκε χωρίς τα στοιχεία επικοινωνίας.*

Επιθυμώ να δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής www.hospitalchalkidiki.gr με το ονοματεπώνυμό μου

Δεν Επιθυμώ να δημοσιευθεί στην ιστοσελίδα του Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής www.hospitalchalkidiki.gr με το ονοματεπώνυμό μου

Έχετε το δικαίωμα ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσετε την συγκατάθεσή σας επικοινωνώντας με το γραφείο μας.