

## **INFORMACJA DLA PACJENTA**

### **Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc\***

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub data urodzenia: .....

**Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu (konsultacje, badanie LDCT):**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Zalecenia:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

(miejsowość, data)

.....  
podpis os. przeprowadzającej badanie

**\* Program wczesnego wykrywania nowotworów płuc finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Łódzkiego.**

---

**Uwaga:**

- Administratorem danych jest Marszałek Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8.
- Dane osobowe przetwarzane są w celu realizacji programu polityki zdrowotnej.
- Istnieje prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.
- Podanie danych jest dobrowolne.

