

Παράρτημα Β.2.: Έντυπο υποβολής θετικών εντυπώσεων



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ  
3<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΦΛΩΡΙΝΑΣ  
«ΕΛΕΝΗ Θ.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ»

Ημ/νία:

ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΝΤΥΠΩΣΕΩΝ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ				
Όνοματεπώνυμο				
Ιδιότητα	Ασθενής		Συγγενής Ασθενή	Άλλο
Διεύθυνση				
Τ.Κ. - Πόλη				
Τηλ.				
E-mail				
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ				
Αναφέρετε στοιχεία, όπως για παράδειγμα ποιον ή ποιους και σε τι αφορά:				

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:**

Διεύθυνση: ΕΓΝΑΤΙΑΣ 9 Τ.Κ.53100 ΦΛΩΡΙΝΑ, Τηλ.: 2385350100, Email: prostasia@nosflorinas.gr

#### **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

Η διαχείριση των θετικών εντυπώσεων υπόκειται στις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα ΓΚΠΔ/GDPR (ΕΕ) 2016/679, καθώς και στις διατάξεις του ν. 4624/2019.