

HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT

a TritonLife Magánkórházak Zrt. részére biztosított adattovábbításról

(kérjük a nyilatkozatot elektronikusan, vagy nyomtatott nagybetűkkel kitölteni)

Alulírott,

Név:	
Születési hely, idő:	
Anyja neve:	
E-mail cím:	
Telefonszám:	

kijelentem, hogy a TritonLife Magánkórházak Zrt. adatkezelési tájékoztatójának tartalmát megismertem, megértettem, annak alapján aláírással kifejezetten nyilatkozom arról, hogy az IZYS Egészség- és Önszegélyező Pénztár a TritonLife Magánkórházak Zrt. (székhely:1135 Budapest, Lehel utca 59. C. ép., cégjegyzékszám: 01-10-047124; adószám: 23458363-2-41,) részére egészségügyi szolgáltatás nyújtása céljából a szolgáltatások igénybevételének ellenőrzéséhez a személyes adataimat továbbítsa.

Adatkezelési tájékoztató:

<https://tritonlife.hu/files/terms.pdf>

Az adatkezelési tájékoztatót ezen nyilatkozat aláírásával elfogadom.

Kelt:	
-------	--

.....

nyilatkozatot tevő aláírása