**Žádost o léčbu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno žadatele** | **Datum narození žadatele** |
| **Trvalé bydliště**  | **Kontaktní adresa** |
| **Kontakt na žadatele (tel., e-mail)** | **Datum předpokládaného nástupu** |
| **Popis problému** |
| **Žádám o přijetí do ambulantní léčby v Prev-Centrum, z.ú.****Přílohy:***(např. doporučení z jiného programu, životopis, lékařská zpráva atp.)* |
| **Podpis** | **Datum** |

Žadatel svým podpisem této žádosti dává souhlas ke zpracování osobních údajů a citlivých údajů o své osobě zapsanému ústavu Prev-Centrum se sídlem Meziškolská 1120/2, Praha 6.

Žadatel před podpisem této žádosti bere na vědomí následující skutečnosti:

* osobní údaje a citlivé údaje poskytuje dobrovolně, přičemž občanské sdružení nemá na poskytnutí těchto údajů žádný právní nárok
* svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a citlivých údajů dává ke všem údajům uvedených v této žádosti a přílohách
* žádost bude zpracovávána a uchovávána v sídle občanského sdružení po dobu jednoho roku