ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA ORAZ OŚWIADCZENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI

Ado Med 2 Roman Elias

ul. Batorego 19, 41-506 Chorzów; NIP: 6271835837

Miejscowość i data:

_____

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:_____

PESEL:_____

Adres i nr tel:_____

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodnie z art.7 ust.2 Rozporządzeniaa Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez: **Ado Med 2 Roman Elias** w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności: **Ado Med 2 Roman Elias.**

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez: **Ado Med 2 Roman Elias** o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu I możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Zgodnie z Dz.U. 2020 poz. 606 **oświadczam, że upoważniam Panią/Pana:**

_____

imię i nazwisko osoby upoważnionej

PESEL:_____

Adres i nr tel:

_____

do:

- uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych za życia i po śmierci

TAK/NIE

- uzyskiwania dokumentacji medycznej za życia i po śmierci

TAK/NIE

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego I Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych I w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

_____

czytelny podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego