UPOWAŻNIENIA

Ja niżej podpisana(y)…….....PESEL……

imię i nazwisko

* upoważniam
nie upoważniam :

do uzyskiwania informacji dotyczącej stanu mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych medycznych (Dz.U. 2015 poz.2069)

* upoważniam
nie upoważniam :

do uzyskiwania dokumentacji medycznej w każdym przypadku

* upoważniam
nie upoważniam :

do odbioru recept lub zleceń

…….. …….. ……

imię i nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia | nr tel. kontaktowego

…….. …….. ……

imię i nazwisko osoby upoważnionej | data urodzenia | nr tel. kontaktowego

Brudzowice dnia…….. ……

podpis pacjenta

*zaznaczyć krzyżykiem wybraną treść oświadczenia

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta:……..

PESEL:……..

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego:	
Adres e-mail:	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. przez „PRIMUS" Sp. z o.o., w Brudzowicach ul.Szkolna 12, 42-470, w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt jak również informacji o medycznej działalności Placówki.
Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez „PRIMUS" Sp. z o.o. przy ul.Szkolnej 12, 42-470 Brudzowice, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi.

Brudzowice dn.; ……... ……..

podpis pacjenta/opiekuna prawnego

Klauzula informacyjna
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest „PRIMUS" Sp.zo.o., znajdujący się na ulicy Szkolnej 12, 42-470 Brudzowice. Podane dane osobowe przetwarzane są w celach kontaktowych, marketingowych oraz informacyjnych na podstawie Artykułu 6 pkt.1a RODO. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Pełna klauzula informacyjna znajduje się w rejestracji oraz na stronie internetowej https://nzozprimus.pl/