UPOWAŻNIENIA

…….. ……

imię i nazwisko pacjenta *PESEL*

…… ……

nr Tel *adres mailowy*

1. UPOWAŻNIENIE DO OTRZYMANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA PACJENTA ***)**

a) Upoważniam następującą osobę do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeń
b) Nie upoważniam żadnych osób do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeń:

……. …….
Nazwisko i imię osoby upoważnianej *telefon kontaktowy*

……
Podpis pacjenta

2. UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ***)**

a) Upoważniam następującą osobę do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:
b) Nie upoważniam żadnych osób do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby:

……. …….
Nazwisko i imię osoby upoważnianej *telefon kontaktowy*

……
Podpis pacjenta

3. UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT *)

   a) Upoważniam następującą osobę do odbioru recept:
   b) Nie upoważniam żadnych osób do odbierania recept:

……. …….
Nazwisko i imię osoby upoważnianej *telefon kontaktowy*

……
Podpis pacjenta

4. ZOSTAŁAM POINFORMOWANA / ZASTAŁEM POINFORMOWANY O MOŻLIWOŚCI ZAPOZNANIA SIĘ Z KARTĄ PRAW PACJENTA.

…….
Podpis pacjenta

UPOWAŻNIENIA

5. ŻĄDAM POWIADOMIEŃ SMS - em O PLANOWANYCH WIZYTACH LEKARSKICH oraz wyrażam zgodę na ich otrzymywanie***)**

a) TAK
b) NIE

……

podpis pacjenta

6. WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W CELU:

świadczenia usług medycznych na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c oraz na podstawie Art. 9 ust. 1 lit h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dz. Urz. UE L 119 z 05.04.2016 r.- RODO

Spełniając obowiązek informacyjny wobec właścicieli danych osobowych informujemy, że

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.), Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest RES – MED. 40 Sp. z o.o. z siedzibą w Michałowicach (05-816), przy ul. Ludowej 7, kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych: tel.: 22-7530404, mail: biuro@resmed40.pl Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych , na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. f, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), jako usprawiedliwionego interesu Administratora. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania, ma Pani/Pan też prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisów prawa.

…… …… ……..

Data złożenia oświadczenia *Podpis pacjenta*

*) właściwe zaznaczyć