

**OŚWIADCZENIE PACJENTA (UPOWAŻNIENIE)
DOTYCZĄCE UZYSKIWANIA INFORMACJI NA JEGO TEMAT PRZEZ INNE OSOBY**

• **DANE PACJENTA:**

IMIĘ I NAZWISKO PESEL TELEFON

ADRES ZAMIESZKANIA E-MAIL

• **DANE RODZICA, OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŚLI PACJENT JEST MAŁOLETNI):**

IMIĘ I NAZWISKO MATKI PESEL

TELEFON.....E-MAIL

IMIĘ I NAZWISKO OJCA PESEL

TELEFON.....E-MAIL

**OŚWIADCZAM, ŻE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA I UDZIELONYCH ŚWIADCZENIACH
MEDYCZNYCH, DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ WE WSZYSTKICH PRAWNIE DOPUSZCZALNYCH FORMACH:**

(X – zaznaczyć właściwe)

NIE UPOWAŻNIAM NIKOGO

UPOWAŻNIAM PANIĄ/PANA:

IMIĘ I NAZWISKO PESEL/DATA URODZENIA

TELEFON.....E-MAIL

IMIĘ I NAZWISKO PESEL/DATA URODZENIA

TELEFON.....E-MAIL

.....

Data i podpis pacjenta

ZGODA PACJENTA

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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), będąc świadomym, że mam prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, cofnięcia zgody w dowolnym momencie, **WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH W CENTRUM MEDYCZNYM GRAPA MEDICA W CELU:**

(X – zaznaczyć właściwe)

- Marketingowym (otrzymywanie informacji na temat aktualnych promocji, udzielanych świadczeń zdrowotnych)

Tak Nie

- Informowanie na temat bezpłatnych Programów profilaktycznych wykonywanych w placówce

Tak Nie

- Otrzymywanie Newsletter-a (na temat aktualnych działań i promocji Grapa Medica)

Tak Nie

.....
Data i podpis pacjenta