



SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE LACUSMED S.C. HANNA WALCZAK-LUCH ,MACIEJ LUCH
ul. Rzeszowska 1A, 60-468 Poznań
REGON: 36202551900014
NIP: 7811912661 Tel: 695 707 095

Oświadczenie pacjenta

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:.....
PESEL:
Tel:
Adres:

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Tel:
Adres:
Pokrewieństwo (matka, ojciec, konkubina, konkubent).....

Upoważnienie do dokumentacji medycznej: Tak Nie
Upoważnienie do informacji o zdrowiu: Tak Nie
Upoważnienie do odbioru recept i zleceń: Tak Nie

Dane osoby upoważnionej:

Imię i nazwisko:
PESEL:
Tel:
Adres:
Pokrewieństwo (matka, ojciec, konkubina, konkubent).....

Upoważnienie do dokumentacji medycznej: Tak Nie
Upoważnienie do informacji o zdrowiu: Tak Nie
Upoważnienie do odbioru recept i zleceń: Tak Nie

* skreślić niewłaściwe.

Oświadczenie pacjenta

Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez placówkę o nazwie SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE LACUSMED S.C. HANNA WALCZAK-LUCH ,MACIEJ LUCH, ul. Rzeszowska 1A , 60-468 Poznań w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez placówkę o nazwie SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE LACUSMED S.C. HANNA WALCZAK-LUCH ,MACIEJ LUCH. 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 placówkę o nazwie SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE LACUSMED S.C. HANNA WALCZAK-LUCH ,MACIEJ LUCH, ul. Rzeszowska 1A , 60-468 Poznań, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....202.....r.

.....
data i podpis Pacjenta

*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).