

Bydgoszcz, dn.

NZOZ Wielospecjalistyczna
Przychodnia „Bartodzieje” Sp. z o.o.
ul. Koszalińska 7
85-714 Bydgoszcz

Nazwisko i imię.....

PESEL

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego

adres e-mail

adres do korespondencji

.....

Oświadczenie

Upoważniam / nie upoważniam

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

.....
(telefon kontaktowy)

- do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej,
- do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

Upoważnienie jest ważne:

- jednorazowo w dniu *
- za mojego życia*
- po mojej śmierci*
- do odwołania*

• Zaznaczyć właściwe

Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Upoważnienie jest ważne we wszystkich poradniach NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia „Bartodzieje” Sp. z o.o.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany, wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady EU 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r., tzw. RODO* wyrażam zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez

.....
(nazwa i adres placówki medycznej) NIP 554-25-35-272; REGON 093084390
w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej, poczty elektronicznej oraz Poczty Polskiej informacji dot. planowanych wizyt, badań lekarskich, wyników badań, jak również informacji o medycznej działalności

NZOZ Wielospecjalistyczna Przychodnia
"BARTODZIEJE"
Poradnia Ogólna
85-714 Bydgoszcz, ul. Koszalińska 7
Rejestracja telefoniczna 52/365-06-26 lub 365-06-14
NIP 554-25-35-272; REGON 093084390
VII KOD. RES. 001
.....
(nazwa placówki medycznej)

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 celu zbierania danych, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(data i czytelny 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 osobowych).