

POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA/-KI

Nazwisko i imię

Adres

PESEL

Nr telefonu, adres e-mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r., Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) przez Zakład Usług Medycznych „MEDROM” Sp. z o. o (ul. Partyzantów 4, 97-200 Tomaszów Maz.) w zakresie bieżącej obsługi Klienta. Mam świadomość, że zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych przysługuje mi prawo wglądu do treści swoich danych, aktualizowania oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji marketingowych na podany adres e-mail.

.....
czytelny podpis Pacjenta/Opiekuna

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej.

Upoważniam do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej*:

Nazwisko i imię, adres

nr tel.

**Odpłatność za dokumentację medyczną zgodnie z art. 28 Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Dz.U. 2016 nr 186 z późn. zm.*

.....
czytelny podpis Pacjenta/Opiekuna