

Puławy dnia.....

.....  
(imię i nazwisko pacjenta)

.....  
(PESEL pacjenta)

.....  
Adres

.....  
Telefon

## OŚWIADCZENIE

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** zawartych w dokumentacji medycznej (elektronicznej i papierowej) utworzonej na potrzeby udzielenia świadczeń : usług medycznych , ochrona stanu zdrowia , zarządzanie udzielaniem świadczeń medycznych Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Łabanowska R. Chwedorowicz al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy w, zgodnie z Rozporządzenie 2016/679 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.

Jednocześnie oświadczam, iż wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości sms i kontaktu telefonicznych związanych z informacjami dotyczącymi wizyt i usług świadczonych w Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Łabanowska R. Chwedorowicz al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy

Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania i usunięcia, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....\*  
(data)

.....\*  
(podpis pacjenta / opiekuna)

### Wyrażam zgodę na zabiegi medyczne:

związane z procesem leczniczym w Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Łabanowska R. Chwedorowicz al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy .....

.....\*  
(data)

.....\*  
(podpis pacjenta / opiekuna)

### Upoważniam Esculap S.C. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej J. Chwedorowicz A. Łabanowska R. Chwedorowicz al. Partyzantów 43, 24-100 Puławy

do udzielenia informacji o moim stanie zdrowia oraz do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej Panu/i

IMIĘ I NAZWISKO. ....

ADRES .....

NR TELEFONU .....

(Imię nazwisko osoby upoważnionej ,adres do kontaktu, telefon),

zgodnie z art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017 poz. 1318 z późn. zm.)

.....\*  
(data)

.....\*  
(podpis pacjenta / opiekuna)

**UWAGA!** W przypadku, gdy ww. pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, zgodę udziela jego przedstawiciel ustawowy/opiekun (podać dane):

nazwisko i imię: .....

adres zamieszkania: .....

telefon .....

\*niepotrzebne skreślić. (skreślenie jest jednoznaczne z brakiem wyrażenia zgody).