

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(data urodzenia)

.....
(PESEL)

UPOWAŻNIENIE

W czasie mojego pobytu w UROVITA Sp. z o. o (**Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Medicus**)

upoważniam/ nie upoważniam żadnej osoby* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci.

Pana/Panią

nr telefonu

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić

Pieczęć placówki medycznej



.....

Miejscowość i data

Dane pacjenta

Nazwisko i imię:

PESEL.....

Dane osoby upoważnionej przez pacjenta

Imię i nazwisko

PESEL:

Adres zamieszkania:

Nr i seria dowodu osobistego.....

Dane kontaktowe

Nr telefonu

Adres e-mail.....

Ja niżej podpisany/ podpisana wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne „Beskidzka” Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ul. Beskidzkiej 3. Dane te są potrzebne w celu weryfikacji tożsamości oraz otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących wyżej wymienionego pacjenta.

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 warunkach możliwości jej rozliczalności. Zostałem/łam również poinformowany/na o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawienia, wycofania jak również o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....

Data, miejscowość, czytelny podpis osoby upoważnionej