

Upoważnienie

Upoważniam następujące osoby do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby

1. Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr telefonu:

2. Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Nr telefonu:

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości zapoznania się z Kartą Praw Pacjenta.

Zostałem/am poinformowany/a o prawie do zmiany osób upoważnionych jak i o prawie do cofnięcia upoważnienia.

Miałem/am możliwość zapoznania się z informacją dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest EuroMedis sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie jest EuroMedis spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie, adres: 70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielkopolskich 33a, zarejestrowany w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Szczecinie, KRS nr 0000333478, NIP 852-255-83-66, dane kontaktowe: numer telefonu 91 818 21 41, nr faksu 91 813 71 67, adres e-mail: info@euromedis.pl.
2. Dane kontaktowe Inspektora Danych Osobowych – Agata Banc, adres e-mail: iod@euromedis.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego do badań klinicznych, w tym przeprowadzenia badania lub innego świadczenia medycznego.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa (w tym m.in. NFZ), ubezpieczyciele, laboratoria analityczne, a także podmioty działające na podstawie umów powierzenia, np. dostawcy usług IT.
5. W przypadku przeprowadzenia badania lub udzielenia innego świadczenia medycznego Pani/Pana dane przetwarzane będą przez okres wymagany przepisami prawa, tj. przez 20 lat.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest wymagane przepisami prawa i konieczne do udzielenia świadczenia medycznego. Podanie dodatkowych danych kontaktowych jest dobrowolne, ale ułatwi nam relacje z Panią/Panem.

Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdują się na stronie internetowej EuroMedis oraz w rejestracji

Oświadczenie

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Poradnia:

Telefon lub e-mail:

Adres:

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego.

1. **Wyrażam zgodę** na przeprowadzenie badania lub udzielenia innego świadczenia zdrowotnego, celem kwalifikacji do programu badań klinicznych.
 Nie wyrażam zgody

2. **Wyrażam zgodę** na informowanie mnie drogą telefoniczną i/lub mailową na temat programów badań klinicznych, prowadzonych w Centrum Medycznym EuroMedis.
 Nie wyrażam zgody

3. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do procesu świadczenia usług medycznych a w przypadku wyrażeniu zgody jak w pkt 1 i 2 niniejszego oświadczenia na potrzeby postępowania kwalifikacyjnego do badań klinicznych oraz w przypadku zakwalifikowania mnie do badań, na potrzeby prowadzenia badań klinicznych przez EuroMedis Sp. z o.o. z siedzibą w Szczecinie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) i art. 9 ust. 2 pkt. h i i Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

Osoba składająca oświadczenie

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

Osoba odbierająca zgodę

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej zgodę