



OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Telefon lub e-mail:

Adres:

1.

Wyrażam zgodę

przetwarzanie moich danych w celu informowania mnie drogą telefoniczną i/lub mailową na temat oferty innych usług medycznych świadczonych przez POZ Pomorzany Sp. z o.o. oraz badaniach klinicznych prowadzonych przez podmioty zewnętrzne.

Nie wyrażam zgody

2.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb medycznych niezbędnych do procesu świadczenia usług medycznych w ramach POZ Pomorzany a w przypadku wyrażeniu zgody jak w pkt 1 niniejszego oświadczenia na na przetwarzanie moich danych przez POZ Pomorzany Sp. z o.o. w celu informowanie mnie drogą telefoniczną i/lub mailową na temat oferty innych usług medycznych oraz programów badań klinicznych podmiotów zewnętrznych, 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).

Wyrażam zgodę na wykorzystanie podanego adresu e-mail oraz telefonu przez POZ Pomorzany Sp. z o.o. w celu kontaktu w sprawach związanych z udzielanymi świadczeniami usług medycznych (jak np. przypomnienie o wizycie, teleporada, przesłanie wyników badań itp)

Osoba składająca oświadczenie

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna prawnego

Osoba odbierająca zgodę

.....
data

.....
czytelny podpis osoby odbierającej

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.

.....
data złożenia oświadczenia

.....
podpis pacjenta lub opiekuna

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest POZ POMORZANY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie, adres: 70-111 Szczecin, ul. Powstańców Wielkopolskich 33b.
2. 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 czy usług rejestracyjnych.
3. W przypadku przeprowadzenia badania lub udzielenia innego świadczenia medycznego Pani/Pana dane przetwarzane będą przez okres wymagany przepisami prawa, tj. przez 20 lat.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz do przenoszenia danych.
5. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. 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. Zgodę na przetwarzanie dodatkowych danych może Pani/Pan cofnąć w każdym momencie.

Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdują się na stronie internetowej POZ Pomorzany oraz w rejestracji.