

.....
Data podpisania dokumentu

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
Nr PESEL (lub numer paszportu)

.....
Adres

.....
Numer telefonu

.....
Adres poczty elektronicznej

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i udostępnianie moich danych osobowych (również numeru telefonu oraz adresu poczty elektronicznej) dla potrzeb niezbędnych w procesie opieki medycznej, zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych, Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, Rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Rozporządzeniem 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. Jednocześnie poinformowano mnie o prawie do poprawiania i usuwania danych oraz o możliwości bycia zapomnianym, o ile nie jest to sprzeczne z przepisami wymienionymi powyżej.

Podmiotem przetwarzającym dane jest Indywidualna Praktyka Lekarska Albert Jeznach, NIP 1182189014, z siedzibą przy ul. gen. Zygmunta Padlewskiego 9, 05-082, Latchorzew. Wszelkie wnioski dotyczące naruszeń i zmian w zakresie przetwarzania danych należy zgłaszać do Administratora Danych Osobowych - Alberta Jeznacha – pod numerem telefonu 691815255 lub wysyłając pismo na adres ul. gen. Zygmunta Padlewskiego 9, 05-082, Latchorzew.

.....
podpis Pacjenta lub Opiekuna prawnego