

FORMULARZ REJESTRACYJNY DLA DZIECKA

DANE DZIECKA:

Imię i Nazwisko dziecka oraz data urodzenia :	PESEL dziecka: (lub rodzica/opiekuna gdy dziecko jeszcze nie ma swojego)
Aktualny adres zamieszkania:	

DANE RODZIC W/OPIEKUN W :

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Adres zam. :

Nr tel. : **Adres e-mail :**

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka przez Administratora Danych w celu komunikacji przy realizowaniu usług medycznych/leczenia, aby zapewnić najwyższą jakość świadczenia - dot. wysyłania wiadomości tekstowej SMS, MMS lub e-mail z przypomnieniem terminu wizyty lekarskiej lub zmiany terminu jej realizacji.

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych oraz danych dziecka osobowych przez Administratora Danych dla celów marketingu bezpośredniego, wykonywanego przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej - dot. wysyłania na podany adres e-mail informacji na temat usług oferowanych i akcji promocyjnych dotyczących usług medycznych realizowanych przez Administratora Danych.

Wyrażam zgodę na leczenie dziecka, zabiegi, badania diagnostyczne oraz ☐ odczulanie (immunoterapia) realizowane przez CLINICA VITAE Sp. z o.o. :

- ☐ zasięgania informacji o stanie dziecka oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych
☐ udostępnienia dokumentacji medycznej dziecka, odbiór recept dziecka
☐ konsultacje lekarskie

upoważniam :

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, nr telefonu)

Data :

.....
(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Obowiązek informacyjny :

1. Administratorem Danych jest CLINICA VITAE Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Gospody 7.
@ rejestracja@clinicavitae.pl
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług medycznych.
3. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, wynikający z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w zakresie naruszenia prawo do ochrony danych osobowych lub innych praw przyznanych na mocy RODO.
7. Podanie danych osobowych w zakresie : imienia, nazwiska oraz nr Pesel jest wymogiem warunkującym możliwość wykonania usługi medycznej. Niezrealizowanie ww. wymogu będzie podstawą do odstąpienia od realizacji usługi medycznej.
8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

FORMULARZ REJESTRACYJNY DLA DZIECKA

DANE DZIECKA:

Imię i Nazwisko dziecka oraz data urodzenia :

.....

PESEL dziecka:

(lub rodzica/opiekuna gdy dziecko jeszcze nie ma swojego)

.....

Aktualny adres zamieszkania:

.....

DANE RODZIC W/OPIEKUN W :

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Adres zam. :

Nr tel. : Adres e-mail

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka przez Administratora Danych w celu komunikacji przy realizowaniu usług medycznych/leczenia, aby zapewnić najwyższą jakość świadczenia - dot. wysyłania wiadomości tekstowej SMS, MMS lub e-mail z przypomnieniem terminu wizyty lekarskiej lub zmiany terminu jej realizacji.

☐ Wyrażam zgodę

☐ Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych oraz danych dziecka osobowych przez Administratora Danych dla celów marketingu bezpośredniego, wykonywanego przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej - dot. wysyłania na podany adres e-mail informacji na temat usług oferowanych i akcji promocyjnych dotyczących usług medycznych realizowanych przez Administratora Danych.

Wyrażam zgodę na leczenie dziecka, zabiegi, badania diagnostyczne oraz ☐ odczulanie (immunoterapia) realizowane przez CLINICA VITAE Sp. z o.o. :

☐ zasięgania informacji o stanie dziecka oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych

☐ udostępnienia dokumentacji medycznej dziecka, odbiór recept dziecka

☐ konsultacje lekarskie

upoważniam :

(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, nr telefonu)

Data :

.....
(czytelny podpis Rodzica/Opiekuna)

Obowiązek informacyjny :

1. Administratorem Danych jest CLINICA VITAE Sp. z o.o. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Gospody 7.
@ rejestracja@clinicavitae.pl
2. Dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług medycznych.
3. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
4. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, wynikający z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w zakresie naruszenia prawo do ochrony danych osobowych lub innych praw przyznanych na mocy RODO.
7. Podanie danych osobowych w zakresie : imienia, nazwiska oraz nr Pesel jest wymogiem warunkującym możliwość wykonania usługi medycznej. Niezrealizowanie ww. wymogu będzie podstawą do odstąpienia od realizacji usługi medycznej.
8. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.