

DEKLARACJA PACJENTA

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Adres zam. :

Nr tel. :

Adres e-mail :

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

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

Data:

.....
(czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego)

Do:
zaśięgania informacji o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych
udostępnienia mojej dokumentacji medycznej
odbiór mojej recepty

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

Data:

.....
(czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego)

Obowiązek informacyjny:

1. Administratorem Danych jest **CLINICA VITAE Sp. z o.o.** z siedzibą w Gdańsku przy ulicy 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, 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 do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w zakresie naruszenia praw 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.

DEKLARACJA PACJENTA

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Adres zam. :

Nr tel. :

Adres e-mail :

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

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

Data:

.....
(czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego)

Do:
zaśięgania informacji o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych
udostępnienia mojej dokumentacji medycznej
odbiór mojej recepty

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

Data:

.....
(czytelny podpis Pacjenta lub opiekuna prawnego)

Obowiązek informacyjny:

1. Administratorem Danych jest **CLINICA VITAE Sp. z o.o.** z siedzibą w Gdańsku przy ulicy 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, 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 do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w zakresie naruszenia praw 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.