

DATA.....

DANE OSOBOWE, OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH ORAZ UPOWAŻNIENIE DO UDOSTĘPNIENIA DOKUMENTACJI I INFORMACJI MEDYCZNEJ

NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITRAMI

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

ADRES ZAMIESZKANIA

TELEFON KONTAKTOWY E-mail:.....

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o przetwarzaniu danych osobowych:

Małopolskie Centrum Alergii i Immunoterapii w Krakowie, przy al. Daszyńskiego 30/13, jako administrator danych osobowych podanych przez Pana /Panią (Pacjenta) informuje, że :

1. Dane osobowe zbierane są w celu prawidłowego udzielenia pacjentowi świadczeń medycznych.
2. W/w dane osobowe pacjentów mogą być udostępniane wyłącznie w niezbędnym zakresie podmiotom zlecającym lub finansującym udzielanie świadczeń, na podstawie przepisów prawnych lub wyrażonej przez pacjenta zgody.
3. Pacjent ma prawo dostępu do treści dotyczących jego danych osobowych zebranych przez Allmedis oraz do ich poprawiania.
4. Pacjent podaje swoje dane osobowe dobrowolnie.

.....
PODPIS PACJENTA

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O PACJENCIE

Upoważniam:

.....
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA *TELEFON*
do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych.

.....
PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA

Upoważniam :

.....
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ, STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA *TELEFON*
do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

.....
PODPIS PACJENTA LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO