---------------------------------------------------------------------------- ------------------------------, dn.-----------------r. **Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie Miejscowość Data**

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ul.

---------------------------------------------------------------------------

**Adres zamieszkania:**

**Telefon:**

---------------------------------------------------------------------------

**Adres email:**

---------------------------------------------------------------------------

**Oświadczenie, zgoda Pacjenta**

1. **Wyrażam/nie wyrażam\*** zgody na leczenie i/lub badania diagnostyczne w:
 Ewa Surynt Prywatna Praktyka Lekarska, *Warszawa 03-719, ul. Jagiellońska 27/19a; tel. +48 604*904 806 *NIP: 5213156510.*

2. **Upoważniam/nie upoważniam\*** do: zasięgania informacji o moim stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeniach medycznych, odbieraniu recept, zaleceń lekarskich.

--------------------------------------------------------------------------------------------------

*Imię i nazwisko osoby upoważnionej*

--------------------------------------------------------------------------------------------------

Adres zamieszkania i telefon do osoby upoważnionej

3. **Upoważniam/nie upoważniam\*** do dostępu do mojej dokumentacji medycznej:

--------------------------------------------------------------------------------------------------

Imię i nazwisko osoby upoważnionej

--------------------------------------------------------------------------------------------------

Adres zamieszkania i telefon do osoby upoważnionej

3. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam** zgody na przetwarzanie moich danych osobowych
w Ewa Surynt Prywatna Praktyka Lekarska w tym numer telefonu, adres email w celu udzielania świadczeń medycznych w tym: (wystawianie e-recept, e-skierowań, kontakt telefoniczny, mailowy w celu potwierdzania wizyt, zmian wizyt, cen, kontakt okołogabinetowy).

4. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam** zgody na przesyłanie wyników badań, zaleceń kopii dokumentacji medycznej na adres mailowy:……………………………………………oraz hasła do zabezpieczonego pliku na numer telefonu:……………………………………………

5. **Wyrażam zgodę/nie wyrażam** zgody na kontakt w celach marketingu bezpośredniego dotyczącego oferowanych usług, proporcji, nowości itp.

--------------------------------------------------- -------------------------------------------------------------

Miejscowość i data Czytelny podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

---------------------------------------------------------------------------- ------------------------------, dn.-----------------r. **Imię i nazwisko Pacjenta składającego oświadczenie Miejscowość Data**

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ul.

---------------------------------------------------------------------------

**Adres zamieszkania:**

**Telefon:**

---------------------------------------------------------------------------

**Adres email:**

---------------------------------------------------------------------------

**Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych (RODO)**

 Ja niżej podpisany/a, niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych przez: ***Ewa Surynt Prywatna Praktyka Lekarska
z siedzibą w Warszawie*, (dalej zwanym: „Administratorem”),** w celu udzielania świadczeń medycznych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do udzielania świadczeń. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda. Odbiorcami danych jest Administrator. Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego. Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Z Administratorem danych osobowych w sprawach dotyczących przetwarzania i ochrony danych można kontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: rejestracja.evamedic@gmail.com oraz poczty tradycyjnej na adres korespondencyjny:
ul. Warszawa 03-719, ul. Jagiellońska 27/19a.

Pełna klauzula informacyjna dostępna jest na stronie internetowej lub do wglądu w Dziale Obsługi Pacjenta. Ewa Surynt Prywatna Praktyka Lekarska z siedzibą w Warszawie, (zwanym: „Administratorem”) będzie przetwarzał niezbędne dane osobowe w celu komunikacji w związku
z korzystaniem z usług medycznych, w tym w wysyłanych za pośrednictwem telefonii komórkowej
i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt (SMS lub połączenia telefoniczne przypominające o terminie wizyty), zamówionych informacji, takich jak: plan leczenia, wyniki badań, zdjęcia diagnostyki obrazowej.

--------------------------------------------------- -------------------------------------------------------------

Miejscowość i data Czytelny podpis Pacjenta lub

 przedstawiciela ustawowego

**Podstawa prawna:**

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (2009 nr 52 poz.417 z póź. zm.),

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o Zawodach lekarza i lekarza dentysty (1997 nr 28 poz. 152 ze zm.),

RODO - 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) (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1,
z późn. zm.).

\**Niepotrzebne przekreślić*

**Przedmiotowe oświadczenie i upoważnienie jest integralną częścią historii zdrowia i choroby.**