

OŚWIADCZENIE

Ja niżej opisany

.....(imię, nazwisko)

.....(pesel)

upoważniam każdą osobę, która się zgłosi w moim imieniu do czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych

upoważniam wymienione osoby/osobę

1.
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

2.
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

3.
(imię, nazwisko, data urodzenia lub pesel)

do czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych * tj.:

- uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- uzyskania dokumentacji medycznej
- odbioru recept i zleceń
- odbioru wyników badań
- inne.....

Upoważnienie jest ważne *

- jednorazowo w dniu
- bezterminowo (za mojego życia i po śmierci)

Uwaga: pacjent może w każdej chwili cofnąć swoje upoważnienie dla w/w osoby/osób składając oświadczenie na piśmie

nie upoważniam nikogo do poniższych czynności związanych z dostępem do moich danych osobowych

* - zaznaczyć właściwe

.....
data i podpis pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez „Krystyna Kopa i Wspólnicy” Sp z o.o. Centrum Zdrowia „Błonie”. Dane te będą wykorzystywane w celu wykonywania świadczeń zdrowotnych.

.....
data i podpis pacjenta