



Zgoda pacjenta

GDAŃSK, DATA:

IMIĘ I NAZWISKO:

PESEL:

DATA URODZENIA:

ULICA I NUMER DOMU.....

KOD POCZTOWY, MIASTO.....

NUMER TELEFONU:.....

E-MAIL:.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA

Upoważniam (nieobowiązkowe- dla osób pełnoletnich)

Imię i nazwisko:

.....

Do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania mojej dokumentacji medycznej

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na przechowywanie, przetwarzanie, wykorzystanie moich danych osobowych w tutejszej placówce

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, tj. danych teleadresowych w celu otrzymywania informacji marketingowych w tym wiadomości typu newsletter od Administratora danych - Good Life Clinic Sp. z o.o. ul. Orzechowa 7, 80-175 Gdańsk. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowany, o prawie dostępu do treści moich danych, do ich poprawiania oraz możliwości cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie.

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA

.....