

Świadoma 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

.....