

CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ŚWIDMED Sp. z o. o.

tel.: 500 867 636

ul. Władysława Kunickiego 46, 20 – 412 Lublin

REGON: 520149350, NIP: 7123425278

.....
miejsce, data

Oświadczenia pacjenta lub przedstawiciela ustawowego

Imię i nazwisko pacjenta:

.....
.....

PESEL:

.....
..... Data urodzenia:

.....
.....

Adres:

.....
..... Telefon:

.....
..... e-mail:

.....
.....

1. Upoważniam Pana/Panią:

.....
..... Adres:

.....
..... Telefon:

.....
.....

- do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z par. 8, pkt.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 ze zm.).

2. Upoważniam Pana/Panią:

.....
..... Adres:

.....
..... Telefon:

.....
.....

- do uzyskiwania dokumentacji medycznej, zgodnie z par. 8, pkt.1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069 ze zm.).

3. Upoważniam Pana/Panią:

.....
.....

Adres:

.....
.....

Telefon:

.....
.....

- do odbioru recept, kodów do e-recept, faktur za wykonane świadczenia *

* skreślić niepotrzebne

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, przez CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ŚWIDMED Sp. z o. o., w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (profilaktyka).

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c RODO, w zw. z przepisami ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH ŚWIDMED Sp. z o. o. z siedzibą w Świdniku przy ul. Targowa 9 lok. 53, REGON: 520149350, NIP: 7123425278, KRS 0000926225. Kontakt do administratora danych osobowych:

email: swidmedsp@gmail.com, lub pisemnie na adres siedziby administratora - ul. Targowa, nr 9, lok. 53, 21 – 040 Świdnik.

.....
..... data, podpis osoby przyjmującej
oświadczenie data, podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego