

Pacjent:.....

Adres:.....

PESEL:.....

Telefon:.....

OŚWIADCZENIE O DOSTĘPIE DO DANYCH MEDYCZNYCH

1. Ja, oświadczam, że upoważniam Panią / Pana

.....
Imię i nazwisko

.....
Data urodzenia

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

- do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
- do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia i udzielanych mi świadczeniach zdrowotnych,
- do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci,
- do odbioru wyników badań, recepty, skierowań na badania dodatkowe, zaświadczenia i opinii lekarskiej.

.....
Data

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie

2. Przyjmuję do wiadomości, iż Centrum Medyczne MEDICUS z siedzibą w 03-214 Warszawa, ul. Krasnobrodzka 11, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego usług administratora oraz oświadczam, iż poinformowano mnie o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawienia.

Nie wyrażam zgody na przekazywanie mi oferty handlowej przez Centrum Medyczne MEDICUS za pośrednictwem telefonu lub poczty elektronicznej.

.....
Adres e-mail

.....
Czytelny podpis przyjmującego oświadczenie

.....
Czytelny podpis składającego oświadczenie