



Zlecenie na receptę

Imię:	Nazwisko:		
Pesel:	Data urodzenia:		
Adres:			
Nr telefonu:	e-mail:		
Jestem pacjentką/pacjentem lekarza:			
Przyjmuję lek:			
Dawka:	Ilość:		
Oświadczam, że jestem w ciąży*:	TAK, jestem w ciąży	Nie, nie jestem	
Oświadczam, że od poprzedniej wizyty nie wystąpiły u mnie żadne nowe dolegliwości czy nierozpoznane schorzenia*:	TAK	NIE	
Jeżeli wystąpiły nowe dolegliwości prosimy o wypisanie:			

*niepotrzebne skreślić

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medycyny i Stomatologii Medica tj. NZOZ MEDICA SP. Z O.O., ul. Gałeczki 54, 41-500 Chorzów, zgodnie z art. 37 w związku z art. 31 ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. Z 2002 r. NR 101, poz. 926 z póź. Zm.). Oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce.

Miejscowość, data:..... Podpis:.....