**UPOWAŻNIENE OSOBY DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA ORAZ DOSTĘPU DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ.**

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH.**

**Medica Sp. z o.o.**

ul. Ks. J. Gałeczki 54,

41-500 Chorzów

REGON: 00344029000022

NIP: 6461009278

Tel: 322413865

**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel: ……………………………………………………………………E-mail……………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane osoby upoważnionej**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel: ……………………………………………………………………E-mail……………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Upoważnienie do dokumentacji medycznej: TAK / NIE

Upoważnienie do informacji o zdrowiu: TAK / NIE

Upoważnienie do odbioru recept i zleceń: TAK / NIE

\*Niepotrzebne skreślić

Oświadczenie pacjenta Ja niżej podpisany wyrażam, zgodnie z art. 7 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\*, wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez placówkę o nazwie Medica Sp. z o.o., ul. Ks. J. Gałeczki 54 , 41-500 Chorzów w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez placówkę o nazwie Medica Sp. z o.o.. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie. Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez placówkę o nazwie Medica Sp. z o.o., ul. Ks. J. Gałeczki 54 , 41-500 Chorzów, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

 ………………………………………………………………………………….

 DATA, PODPIS

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).

- art. 9 ust. 2 i 3 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art 31 i in. ustawy z dn. 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

- art. 26 ust. 1 i 2 i in. ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

- art. 42 ust. 4 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.