

OŚWIADCZENIE/UPOWAŻNIENIE PACJENTA (PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO)**Dane pacjenta :**

Imię i nazwisko:
Pesel/data urodzenia:
Adres do korespondencji:
Telefon kontaktowy:
e-mail:

Dane Przedstawiciela Ustawowego¹

Imię i nazwisko:
Pesel/data urodzenia:
Adres do korespondencji:
Dokument potwierdzający przedstawicielstwo ustawowe²:
Telefon kontaktowy:

Niniejszym oświadczam, iż:

1. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody,
2. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości upoważnienia do uzyskania informacji o stanie mojego/*pacjenta* zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,
3. Zostałem/am/ poinformowany/a o możliwości upoważnienia do uzyskania mojej/*pacjenta* dokumentacji medycznej lub odmowy udzielenia takiego upoważnienia,
4. *Jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta³*

Wyrażam/nie wyrażam zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez Med.-Polonia sp. z o.o.

UPOWAŻNIAM⁴/NIE UPOWAŻNIAM

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

Dane kontaktowe osoby upoważnionej (adres, nr telefonu):

.....
.....
.....

do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

do uzyskania dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis

¹ Jeśli pacjent jest małoletni lub ubezwłasnowolniony

² Jeśli dziecko/ubezwłasnowolniony nosi inne nazwisko niż przedstawiciel ustawowy np. akt urodzenia, postanowienie Sądu

³ Jeśli dotyczy

⁴ W przypadku braku upoważnienia przekreślić

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na umieszczenie moich danych osobowych w tym mego adresu poczty elektronicznej, w bazie danych Med-Polonia Sp. z o.o., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Obornickiej 262, która będzie ich administratorem, na ich przetwarzanie zgodnie z Ustawą z dn. 29. 08. 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r nr 101, poz. 926 ze zm.) **w celach marketingowych i informacyjnych** (w tym m.in. przesyłanie informacji na temat działalności Spółki, informacji dotyczących nowych produktów i placówek Spółki, przesyłanie newslettera i in.). Niniejszym oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania.

data i podpis oświadczającego

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną przez Med-Polonia Sp. z o.o., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Obornickiej 262 zgodnie z ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.) na mój adres e-mail:

.....

data i podpis oświadczającego