

Oświadczenie 1

Oświadczam, że upoważniam Pana/Panią*

zam. tel.

- 1) do uzyskania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- 2) do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym recept),

* zakreślić wybrane

Warszawa, dnia

.....

* czytelny podpis pacjenta

lub

Oświadczenie 2

Oświadczam, że nie upoważniam nikogo do informacji o moim stanie zdrowia oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Warszawa, dnia

.....

* czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie o przestrzeganiu procedur bezpieczeństwa związanych z epidemią COVID-19

Oświadczam, że zostałem poinformowany o obowiązujących w Centrum Medycznym VeritaMed procedurach zapobiegających rozprzestrzenianiu się epidemii COVID-19.

Warszawa, dnia

.....

* czytelny podpis pacjenta

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o których mowa w Ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. 2018r., poz. 1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (określane jako „RODO”) w celach marketingowych przez VeritaMed Sp. z o.o.

.....
adres e-mailowy

.....
*czytelny podpis pacjenta

**Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o Prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr 52 poz. 417) i Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018. Nr 1000) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).*