

### 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 wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o których mowa w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2014r., poz. 1182 j.t.) 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 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO).*