



Opiekun

Czy korzysta Pani/Pan z pomocy opiekuna?

Tak

Nie

Czy opiekun ma być osobą kontaktową dla Recepcji?

Tak

Nie

Dane opiekuna (proszę wypełnić, jeżeli opiekun ma być osobą kontaktową dla Recepcji Ośrodka)

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania

Ulica

Numer budynku

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

Kontakt

Nr tel. kom.

Nr tel. stacj.

e-mail

Oświadczenia i zgody

Zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2014 r. poz. 1182, ze zm.), Projekt Samodzielni sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. 18, 02-366 Warszawa, jako administrator danych informuje, iż Państwa dane osobowe – w zakresie podanym w Karcie rejestracji Pacjenta – są zbierane w celu świadczenia usług medycznych. Przysługuje Państwu prawo wglądu do treści tych danych oraz ich aktualizowania. Podanie danych ma charakter dobrowolny, jednak dane są konieczne do prawidłowego wykonania usługi.

*Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulamin świadczenia usług, obowiązującym w ośrodku Terapii Neurologicznej Samodzielni.

*Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z przysługującymi mi prawami pacjenta.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej dokumentacji medycznej na potrzeby prowadzenia leczenia w ośrodku Terapii Neurologicznej Samodzielni.

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w mojej dokumentacji medycznej dla celów edukacyjno-szkoleniowych (dokumentacja w formie tzw. opisów przypadków, pozbawionych danych osobowych, pozwalających na identyfikację tożsamości pacjenta).

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu obejmujących wyłącznie: imię, nazwisko, datę urodzenia, telefon oraz adres elektroniczny w celach marketingowych oraz w celu oferowania i sprzedaży usług i produktów przez Projekt Samodzielni sp. z o.o.

*Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Projekt Samodzielni sp. z o.o. informacji handlowych drogą elektroniczną, zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 r. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

Oświadczam, że zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, ze zm) zostałam/em poinformowany, że podanie danych w celach marketingowych jest dobrowolne, że przysługuje mi prawo dostępu do treści tych danych i prawo ich poprawiania, o prawie pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych w celach marketingowych.

Data

Podpis osoby składającej oświadczenie (czytelny)

(*) Prosimy wstawić znak X w przypadku wyrażenia zgody.