

0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nr karty – uzupełnia personel)

KARTA REJESTRACJI PACJENTA DOROSŁEGO

Imiona

Nazwisko

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Data urodzenia PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr dokumentu tożsamości (w przypadku nieposiadania PESEL).....

Adres zamieszkania

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Jak się Pani/Pan dowiedziała o naszej placówce:

- Internet
 Z polecenia
 Inne

Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez CM Babka Medica Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie(00-195), przy ul. Słomińskiego 19/517, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000892945, będącej administratorem danych osobowych, zgodnie z klauzulą informacyjną dla pacjentów Babka Medica, udzieloną mi w związku z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 dalej:„RODO”. Treść klauzuli została mi przekazana do zapoznania się w chwili rejestracji. Treść klauzuli dostępna jest na recepcji Babka Medica oraz na stronie internetowej www.babkamedica.pl.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta

Zgody marketingowe:

adres e-mail (newsletter) **tak** **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o.S (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

numer telefonu (sms) **tak** **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celu przesyłania informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo Komunikacyjne.

numer telefonu (kontakt telefoniczny) **tak** **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celu telefonicznego przekazywania informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo Komunikacyjne.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta

0							
---	--	--	--	--	--	--	--

(Nr karty – uzupełnia personel)

OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam Pana/Panią
data urodzenia lub PESEL

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

Nr telefonu osoby upoważnionej:

3. Upoważniam Pana/Panią
.....

data urodzenia lub PESEL

do odbioru kserokopii mojej dokumentacji medycznej.

Zobowiązuje się przekazać osobom, których dane wskazałem powyżej informację, że ich dane osobowe w zakresie podanym przeze mnie będą przetwarzane przez administratora danych osobowych CM Babka Medica Sp. z o.o. w celu umożliwienia im uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej. Przysługuje im prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych. Jeżeli uznają, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów prawa, mają prawo złożyć skargę do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Więcej informacji znajduje się na stronie: <https://babkamedica.pl/polityka-prywatnosci/>.

.....
data oraz czytelny podpis pacjenta