



OŚWIADCZENIE PACJENTA

ja _____ niniejszym:
imię i nazwisko, data urodzenia

- oświadczam, iż osobą upoważnioną do otrzymywania informacji o stanie mojego zdrowia, o udzielonych świadczeniach zdrowotnych, odbierania wyników badań laboratoryjnych i dodatkowych, jest Pan/i:

_____ (imię i nazwisko, data urodzenia)

- upoważniam Panią/a _____ (imię i nazwisko) do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci / nie wyrażam zgody na przekazywanie komukolwiek dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci (niepotrzebne skreślić)

- przyjmuję do wiadomości, iż Centrum Medyczne Puławska Sp. z o.o. z siedzibą w Piasecznie (05-500), ul. Puławska 33, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego usług administratora oraz oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do moich danych oraz ich poprawiania

- wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody (niepotrzebne skreślić) na przekazywanie mi oferty handlowej Centrum Medycznego Puławska Sp. z o.o. za pośrednictwem telefonu, telefaksu lub poczty elektronicznej.

.....
data

.....
podpis Pacjenta