



Centrum Medyczne AD CLINIC Sp. z o.o. Spółka komandytowa
43-100 Tychy, ul. Boczna 6
tel +48728813759; +48 661727000; +48 32 7231166
NIP 6462949368, REGON 366384818
I część kodu resortowego 000000194921
V część kodu resortowego 01
VII część kodu resortowego 002 numer umowy NFZ 121/214918

Oświadczenie i zgody pacjenta

Nazwisko i imię					
Adres					
Pesel		Data urodzenia		Płeć	
Adres e-mail		Telefon			

Upoważniam personel CENTRUM MEDYCZNEGO AD CLINIC do powiadomienia o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnego udostępnienia dokumentacji medycznej następującym osobom (upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mojej dokumentacji medycznej).

DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH do otrzymania informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej

Nazwisko i imię		Telefon		Pesel	
Nazwisko i imię		Telefon		Pesel	

Nikogo nie upoważniam do powiadamiania o moim stanie i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnego udostępniania dokumentacji medycznej

Upoważniam personel AD-Clinic do udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci następującym osobom

Nazwisko i imię		Telefon		Pesel	
Nazwisko i imię		Telefon		Pesel	

Nikogo nie upoważniam do pozyskania mojej dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci.

Data

Podpis pacjenta

Akceptuję przesyłanie faktur i faktur proforma w formie elektronicznej – na podstawie § 106n Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2004 Nr 54 poz. 535)

Data

Podpis pacjenta

Zostałam (łem) poinformowana(y) o możliwości złożenia oświadczeń za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta oraz o skutkach ich złożenia.

Data

Podpis pacjenta

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczeń medycznych (zabiegi, badania) związanych z procesem leczenia prowadzonym z moim udziałem w Centrum Medycznym AD CLINIC, z zastrzeżeniem tych stwarzających podwyższone ryzyko co, do których muszę udzielić odrębnej pisemnej zgody.		
Wyrażam zgodę na przesyłanie przez CENTRUM MEDYCZNE AD CLINIC z siedzibą w Tychach przy ul. Bocznej 6 za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres poczty elektronicznej informacji o medycznej działalności firmy oraz ofertach handlowych. Tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Centrum Medyczne AD Clinic Sp. z o.o. Sp. komandytowa z siedzibą w Tychach przy ul. Bocznej 6, 43-100 Tychy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO. Oświadczam, iż poinformowano mnie o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.		
Wyrażam zgodę na przesyłanie przez CENTRUM MEDYCZNE AD CLINIC z siedzibą w Tychach przy ul. Bocznej 6 za pośrednictwem telefonii komórkowej na wskazany numer telefonu informacji o medycznej działalności firmy oraz ofertach handlowych. Tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Centrum Medyczne AD Clinic Sp. z o.o. Sp. komandytowa z siedzibą w Tychach przy ul. Bocznej 6, 43-100 Tychy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO. Oświadczam, iż poinformowano mnie o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.		

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Centrum Medyczne AD Clinic Sp. z o.o. Spółka Komandytowa** z siedzibą w Tychach 43-100, przy ul. Bocznej 6.
2. Kontakt z wyznaczonym przez nas Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy drogą elektroniczną – adres e-mail: inspektorodo@mmperfect.com bądź drogą pocztową poprzez wysłanie korespondencji na adres: M&M Perfect Sp. z o.o. Spółka Komandytowa, 41-203 Sosnowiec ul. Baczyńskiego 12.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z art. 3 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654) oraz art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417) do celów: profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, a także w celu realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane również na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO w celu wykonania umowy oraz podjęcia działań przed jej zawarciem, art. 6 ust. 1 lit. a) RODO – zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli została uprzednio wyrażona oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) – uzasadnionego interesu administratora jakim jest opieka około obsługowa nad pacjentem oraz sprawniejsze zarządzanie grafikami w tym kontaktowanie się z Panią/Panem poprzez podany numer telefonu i/lub adres e-mail w celu potwierdzenia, odwołania lub przełożenia terminu umówionej wizyty, poinformowania o możliwości odbioru wyników badań, poinformowania o konieczności przygotowania się do umówionego zabiegu.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: Laboratoria Medyczne, Szpitale, inne podmioty wykonujące działalność leczniczą, w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości i kompleksowości procesu diagnostyczno – leczniczego, Kancelaria Podatkowo-Prawna, operatorzy pocztowi, firmy - partnerzy świadczący usługi techniczne (utrzymywanie systemów informatycznych i elektronicznego sprzętu medycznego), Policja, Sądy, Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat na podstawie art. 29 ust. 1 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane osobowe przetwarzane w zakresie udzielonej zgody przetwarzane będą do czasu jej wycofania.
6. W przypadku ewentualnych roszczeń okres ten może ulec wydłużeniu na podstawie aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - 7.a. dostępu do treści swoich danych;
 - 7.b. sprostowania danych - jeśli dane osobowe są nieprawidłowe;
 - 7.c. usunięcia danych – jeśli dane osobowe powinny być usunięte w celu wywiązania się przez Administratora z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
 - 7.d. ograniczenia przetwarzania danych – wyłącznie w celu nieprzetwarzania danych osobowych, które są nieprawidłowe, do czasu ich poprawienia;
 - 7.e. niesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.
8. Posiada Pani/Pan prawo do wycofania udzielonej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
9. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości świadczenia usług medycznych. Podanie danych osobowych w zakresie udzielonej zgody jest dobrowolne.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w celu podejmowaniu decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym profilowane.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym Obowiązkiem informacyjnym:

Data..... Podpis pacjenta.....

Podpis partnera /osoby upoważnionej/.....