

Zakres upoważnienia:

dotyczy świadczeń udzielonych w poradni POZ " Nafta-Med" Sp z o.o.

DO UZYSKANIA INFORMACJI O STANIE ZDROWIA
☐ upoważniam: ☐ bezterminowo ☐ w terminie od do
Imię i nazwisko:
PESEL lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości:
Dane kontaktowe (telefon, e-mail lub adres zamieszkania):
.....
.....
☐ nikogo nie upoważniam

DO UZYSKANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
☐ upoważniam: ☐ bezterminowo ☐ w terminie od do
Imię i nazwisko:
PESEL lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości:
Dane kontaktowe (telefon, e-mail lub adres zamieszkania):
.....
.....
☐ nikogo nie upoważniam

DO ZLECANIA/ODBIORU RECEPT I ZLECEŃ NA WYROBY MEDYCZNE
☐ upoważniam: ☐ bezterminowo ☐ w terminie od do
Imię i nazwisko:
PESEL lub numer i rodzaj dokumentu tożsamości:
Dane kontaktowe (telefon, e-mail lub adres zamieszkania):
.....
.....
☐ nikogo nie upoważniam
☐ dowolną osobę, bez szczegółowego jej określenia

Zapoznałem/am się z informacjami, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 RODO (klauzula informacyjna " Nafta-Med" Sp. z o.o. zamieszczona jest na tablicy ogłoszeń przychodni oraz na stronie internetowej: www.naftamed.pl). Podstawa prawna: § 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwane „*RODO*”.

.....

Data i czytelny podpis pacjenta/opiekuna prawnego/przedstawiciela pacjenta