

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

Pesel: .....

Dane kontaktowe:

Nr telefonu: .....

Upoważniam/ nie upoważniam\* osobę  
bliską.....

.....(imię i nazwisko, adres i dane kontaktowe) do uzyskania informacji  
o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych, a także do uzyskania  
dokumentacji medycznej i wyników badań

Ja niżej podpisany/podpisana wyrażam zgodę zgodnie z art. 7 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. Tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez GASTROMED Kopoń, Zmudziński i wspólnicy sp.j. Specjalistyczne Centrum Gastrologii i Endoskopii. Specjalistyczne Gabinety Lekarskie. ul. Grudziądzka 11/13-14, 87-100 Toruń w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności placówki.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej formie oraz poinformowano mnie o możliwości jej rozliczenia.

Zostałam/em również poinformowany o tym, że dane zbierane są GASTROMED Kopoń, Zmudziński i wspólnicy sp.j. Specjalistyczne Centrum Gastrologii i Endoskopii. Specjalistyczne Gabinety Lekarskie. ul. Grudziądzka 11/13-14, 87-100 Toruń o celu ich zbierania, dorowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....  
Czytelny podpis pacjenta

\* niepoprawne skreślić