

( proszę czytelnie wypełnić drukowanymi literami)

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Numer PESEL : .....

Adres zamieszkania : .....

Adres e-mail : .....

Nr telefonu : .....

## ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

Ja, niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przeprowadzanie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta przez Przychodnia MediQ z siedzibą w 57-100, ul. Adama Mickiewicza 5, Strzelin.

..... **podpis pacjenta , dnia .....**

Przyjmuję do wiadomości, iż Przychodnia MediQ z siedzibą w 57-100, ul. Adama Mickiewicza 5, Strzelin, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tutejszej placówce w szczególności na przetwarzania danych związane z udzielaniem świadczenia zdrowotnego oraz jego rozliczeniem.

Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o możliwości cofnięcia udzielonego oświadczenia.

..... **podpis pacjenta, dnia .....**

Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji medycznej na podany przeze mnie powyżej adres e-mail.

..... **podpis pacjenta, dnia .....**