

Imię i nazwisko Pacjenta
Adres zamieszkania
PESEL
Telefon kontaktowy

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/
UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO ORAZ ZGODA NA PRZETWARZANIE
DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na /przeprowadzenie badania/ udzielenie świadczenia zdrowotnego/* przez Centrum Rehabilitacji „EKOVIDA” Sp. z o. o. w postaci

.....,
zostałam/łem zapoznana/ny o możliwych powikłaniach w trakcie leczenia oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w systemach informatycznych świadczeniodawcy i płatnika.

.....
Data i podpis

(*Uwaga – niepotrzebne skreślić)

Zgodnie z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 nr.52 poz. 417) i Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Z 2015 r. poz. 2135)