

UPOWAŻNIENIE

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Administratorem danych jest GALL-MED SP. Z O.O. z siedzibą w Krakowie, kod 30-053, ul. Kronikarza Galla 25. Przekazane w upoważnieniu informacje zbierane są w celu realizacji świadczenia medycznego, informacyjnego, a także w zakresie numeru telefonu w celu skontaktowania się w razie konieczności. Przetwarzanie będzie odbywać się zgodnie z rozporządzeniem o dokumentacji medycznej przez okres 20 lat. Pacjenci przysługują prawa do wglądu, modyfikacji a także usuwania niektórych danych zgodnie z ogólnym rozporządzeniem RODO* Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom. W celu uzyskania informacji o sposobie przetwarzania prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych:

iod@gall-med.com.pl

Ja niżej podpisany/a ur.....
imię i nazwisko data urodzenia

Pesel/Nr paszportu** , zamieszkały/a
adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym

1. Upoważniam*/ nie udzielam upoważnienia* do uzyskiwania dokumentacji medycznej, oraz do informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeń zdrowotnych:

.....
imię i nazwisko numer telefonu

.....
imię i nazwisko numer telefonu

.....
imię i nazwisko numer telefonu

2. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przychodni GALLMED Sp. z.o.o.

3. Zgodnie z ogólnym rozporządzeniem RODO zobowiązuję się do poinformowania o tym fakcie w/w osób.

Kraków, dnia
czytelny podpis

*niepotrzebne skreślić

**w przypadku braku numeru PESEL

*** ROZPORZĄDZENIE PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (RODO)