Miejscowość i data …….

Pieczęć placówki medycznej

KARTA PACJENTA

Spoza Listy Świadczeniodawcy Przychodnia Lekarskiej NOVA MED

Nr oddziału NFZ …… Data rozpoczęcia …… Data zakończenia ……..

Dane pacjenta:

Nazwisko ……4….…….

Imię ……..

Nr PESEL …….……..

Ulica/nr domu/lokalu …….. Miejscowość ……. Kod pocztowy ……

nr telefonu komórkowego …….… adres e-mail…….

Oświadczam, że jestem ubezpieczony data:…….. podpis ……..

Należy dołączyć kserokopię ubezpieczenia. Opis leczenia.

Kod ICD10 ……..

Opis leczenia

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisany wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Przychodnię Lekarską „NOVA MED." w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Przychodni Lekarskiej „NOVA MED".

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 i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez Przychodnię Lekarską „NOVA MED" w Świnoujściu ul. Dąbrowskiego 4 o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

……. czytelny podpis pacjenta

*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 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).