



"Arte-medica" | ul. Zambrowska 36 | 16-001 Kleosin
tel. +48 85 717 03 97 | www.artemedica.pl

UPOWAŻNIENIE

Ja (imię i nazwisko) PESEL
upoważniamPESEL
do uzyskiwania informacji oraz dokumentacji medycznej o stanie zdrowia i udzielonych
świadczeniach zdrowotnych mojemu synowi
PESEL.....

.....
(data i podpis rodzica)

WYRAŻENIE ZGODY

(na samodzielną wizytę pacjenta , który ukończył 16 lat)

Ja (imię i nazwisko rodzica) PESEL
wyrażam zgodę :

- na przeprowadzenia badania lekarskiego ,
- na kierowania na dalszą diagnostykę i wdrożenie leczenia
(jeśli będzie taka potrzeba wg lekarza)

mego syna PESEL
w NZOZ „ Arte-medica” Edyta Artemiuk w Kleosinie , **bez mojej obecności jak również bez
innego opiekuna.** :

.....
(data i podpis rodzica)

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 danych osobowych mego syna..... PESEL..... przez placówkę **NZOZ ARTE-MEDICA Edyta Artemiuk**, ul. Zambrowska 36 , 16- 001 Kleosin w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o działalności prowadzonej przez placówkę **NZOZ ARTE-MEDICA Edyta Artemiuk**. 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 placówkę **NZOZ ARTE-MEDICA Edyta Artemiuk**, ul. Zambrowska 36 , 16-001 Kleosin, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
(data i podpis rodzica)