

Imię i nazwisko pacjenta: _____ PESEL

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody**, aby wyniki badań i/lub dokumentacja medyczna mojego podopiecznego / podopiecznej były wysyłane drogą elektroniczną na wskazany/e powyżej **adres/-y e-mail**.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że podane przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane przez FEBUMED sp. z o. o. zgodnie z klauzulą informacyjną dla pacjentów FEBUMED udzieloną mi w związku z Rozporządzeniem 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 dalej: "RODO". Treść klauzuli dostępna jest na recepcji placówek medycznych FEBUMED oraz na stronie internetowej www.febumed.pl/polityka-prywatnosci

Jednocześnie oświadczam, że

☐ jestem opiekunem prawnym pacjenta i otrzymałem/-am zgodę drugiego opiekuna prawnego na podanie jego/jej danych lub

☐ jestem jedynym opiekunem prawnym pacjenta.

Data podpisu

Czytelny podpis opiekuna prawnego rejestrującego pacjenta

ZGODY MARKETINGOWE

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie wskazanego przeze mnie powyżej **numeru/-ów telefonu** w celach marketingowych, w tym do informowania o nowych produktach/usługach oraz promocjach FEBUMED.

☐ **Wyrażam zgodę** ☐ **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie wskazanego przeze mnie powyżej **adresu/-ów e-mail** w celach marketingowych w tym do informowania o nowych produktach/usługach oraz promocjach FEBUMED.

Data podpisu

Czytelny podpis opiekuna prawnego rejestrującego pacjenta

UPOWAŻNIENIA UDZIELONE PRZEZ OPIEKUNA PRAWNEGO PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

na wizyty pacjenta niepełnoletniego w obecności wskazanego poniżej opiekuna faktycznego, np. babci, dziadka, niani itp. (dotyczy pacjentów w wieku 0-18 lat), w celu przeprowadzenia konsultacji lekarskiej, badań diagnostycznych bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta, pobierania krwi i/lub wydzielin organizmu, odczulania alergicznego (po uprzedniej pisemnej zgodzie wyrażonej przez opiekuna prawnego), a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich.

Jednocześnie zdaję sobie sprawę, że **wszelkie zabiegi mogą być wykonane wyłącznie w obecności opiekuna prawnego**.

Imię i nazwisko opiekuna faktycznego (jeżeli dotyczy) _____

Data urodzenia opiekuna faktycznego (jeżeli dotyczy)

Numer kontaktowy opiekuna faktycznego (jeżeli dotyczy) _____

Data podpisu

Czytelny podpis opiekuna prawnego rejestrującego pacjenta

WYPEŁNIA PRACOWNIK FEBUMED

Stwierdzam własnoręcznie podpisów złożonych w mojej obecności

(Data podpisu pracownika)

(Czytelny podpis pracownika)

