

РЕЕСТРАЦІЙНА АНКЕТА НЕПОВНОЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА

ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ

Ім'я _____ Прізвище _____
 Стать ☐ Ж ☐ Ч Дата народження -- PESEL
Адреса проживання у Польщі ☐ Немає адреси проживання у Польщі
 Вулиця _____ № будинку _____ № квартири _____
 Поштовий індекс _____ Місто/Селище _____

ДАНІ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА, ШО РЕЕСТРУЄ ПАЦІЄНТА

Ім'я _____ Прізвище _____
 Стать ☐ Ж ☐ Ч Дата народження -- PESEL
 Якщо немає № PESEL:
 Серія та № закордонного паспорта _____ Громадянство (країна) _____
 Телефонний № (+48) _____
 Електронна пошта _____
Адреса проживання у Польщі ☐ немає ☐ така сама, що у пацієнта ☐ інша, ніж у пацієнта:
 Вулиця _____ № будинку _____ № квартири _____
 Поштовий індекс _____ Місто/Селище _____

ДАНІ ДРУГОГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА ☐ НЕМАЄ

Ім'я _____ Прізвище _____
 Стать ☐ Ж ☐ Ч Дата народження -- PESEL
 Якщо немає № PESEL:
 Серія та № закордонного паспорта _____ Громадянство (країна) _____
 Телефонний № _____
 Електронна пошта _____
Адреса проживання у Польщі ☐ немає ☐ така сама, що у пацієнта ☐ інша, ніж у пацієнта:
 Вулиця _____ № будинку _____ № квартири _____
 Поштовий індекс _____ Місто/Селище _____

ТЗОВ «ФЕБУМЕД» з центральним офісом у м. Варшаві, вул. Зигмунта Модзелевського 77, 02-679 Варшава (FEBUMED Sp. z o.o., ul. Zygmunta Modzelewskiego 77, 02-679 Warszawa), зареєстровано в реєстрі підприємців, що ведеться Районним судом м. Варшави у Варшаві за № KRS 0000962300, як адміністратор даних повідомляє, що Ваші персональні дані – у обсязі, вказаному в реєстраційній анкеті пацієнта – збираються для надання медичних послуг.

У Вас право доступу до змісту цих даних та їхнього виправлення. Передача даних є добровільною, однак дані є необхідними для правильного надання послуг.

Я заявляю, що даю згоду ТЗОВ «ФЕБУМЕД» на відправку мені за допомогою засобів електронного зв'язку (електронної пошти та/або телефону, в тому числі СМС – лише на польський телефонний номер) інформації (підтвердження, відміна, зміна графіку) про майбутні візити, аналізи та процедури мого підопічного / моєї підопічної за вищевказаною/-ими адресою/-ами електронної пошти та номером/-ами телефону.



Ім'я та прізвище пацієнта: _____

PESEL

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь**, щоби результати моїх аналізів та/або медична документація мого підопічного / моєї підопічної відправлялися електронною поштою за **вищевказаною/-ими адресою/-ами**.

Заявляю, що мені було повідомлено, що надані мною персональні дані оброблятимуться ТзОВ «ФЕБУМЕД», відповідно до інформаційного застереження для пацієнтів «ФЕБУМЕД», наданого мені відповідно до Регламенту Європейського Парламенту і Ради (ЄС) 2016/679 від 27 квітня 2016 р. щодо захисту фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і норм про вільний рух персональних даних та скасування регламенту 95/46/WE надалі: "GDPR". Зміст застереження доступний у реєстратурі медичних закладів «ФЕБУМЕД» та на сайті www.febumed.pl/polityka-prywatnosci.

Водночас заявляю, що

- ☐ я – законний представник пацієнта та отримав/-ла згоду другого із представників надати його/її дані або
☐ я – єдиний законний представник пацієнта.

Дата підпису

Підпис законного представника, що реєструє пацієнта (розбірливо) _____

ЗГОДА З РОЗСИЛКОЮ

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь** на обробку вказаних мною **телефонних номерів** для маркетингових цілей: інформування про нові продукти/послуги та акції «ФЕБУМЕД» тощо.

☐ **Погоджуюсь** ☐ **Не погоджуюсь** на обробку вказаних мною **адрес електронної пошти** для маркетингових цілей: інформування про нові продукти/послуги та акції «ФЕБУМЕД» тощо.

Дата підпису

Підпис законного представника, що реєструє пацієнта (розбірливо) _____

ДОЗВОЛИ, НАДАНІ ЗАКОННИМ ПРЕДСТАВНИКОМ НЕПОВНОЛІТНЬОГО ПАЦІЄНТА

на візити пацієнта у присутності вказаної нижче фактичного опікуна, напр. бабусі, дідуса, няні тощо (стосується пацієнтів у віці 0-18 років), з метою проведення консультації лікаря, діагностичних досліджень без втручання у фізичну цілісність пацієнта, забору крові та/або виділень організму, десенсibiliзації (після попередньої письмової згоди законного представника), а також видачі медичних висновків

Водночас я розумію, **же будь-які втручання можуть виконуватися виключно у присутності законного представника**.

Ім'я та прізвище фактичного опікуна (якщо застосовується) _____

Дата народження фактичного опікуна (якщо застосовується)

Телефонний № фактичного опікуна (якщо застосовується) _____

Дата підпису

Підпис законного представника, що реєструє пацієнта (розбірливо) _____

ЗАПОВНЮЄ ПРАЦІВНИК «ФЕБУМЕД» Власноручність підписів, поставлених у моїй присутності, підтверджую

Дата підпису працівника _____

Підпис працівника (розбірливо) _____

