



**Oświadczenie Pacjenta Niepełnoletniego o danych prawnych
opiekunów/upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania
informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej oraz wyrażeniu zgody
na przesyłanie informacji o promocjach**

Imię i Nazwisko Pacjenta Niepełnoletniego

.....

Numer Pesel.....

Adres zamieszkania:

ul.nr domu/mieszkania..... kod

pocztowy: miasto:

Dane opiekunów prawnych:

1. Imię i Nazwisko.....

Numer Pesel.....

Numer telefonu.....

Adres mail:.....

2. Imię i Nazwisko.....

Numer Pesel.....

Numer telefonu.....

Adres mail:.....

Niniejszym upoważniam / nie upoważniam nikogo* do pobierania informacji na temat stanu
zdrowia pacjenta niepełnoletniego, rozpoznania, udzielania informacji związanych z procesem
diagnostyczno-terapeutycznym oraz wszelkich informacji dotyczących leczenia, rokowania niżej
wymienionej osobie:

Pana/Panią

Nr PESEL albo data urodzenia:

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną:

Telefon:

Jak Pan(i) dowiedziała się o Centrum Psychoterapeutycznym Psychokrates?

z polecenia/znany lekarz/social media/inne*

Inne. Jakże?.....

Wyrażam / Nie wyrażam* zgodę(y) na przetwarzanie danych osobowych przez Psychokrates sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (ul. Elektoralnej 13/104, 00-137 Warszawa) do celów informacyjnych oraz przesyłania do mnie drogą elektroniczną informacji handlowych zgodnie z Ustawą z dn. 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną (otrzymywanie informacji o promocjach na podany powyżej adres e-mail lub wiadomości sms na mój numer telefonu)

***potrzebne zaznaczyć**

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 placówkę o nazwie Psychokrates Sp. z o.o., ul. Elektoralna 13/104 w Warszawie, 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 w/w placówkę.*

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 o nazwie Psychokrates Sp. z o.o., ul. Elektoralna 13/104 w Warszawie, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Data i podpis opiekuna prawnego

***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)**