



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

***Ja niżej podpisany/a***.....

***Numer Pesel***.....

***Numer telefonu:***.....

***Adres zamieszkania:***

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

kod pocztowy: ..... miasto:.....

***Adres mail:*** .....

**Niniejszym upoważniam / nie upoważniam nikogo\*** do pobierania informacji na temat stanu zdrowia pacjenta, 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, 00-137Warszawa) 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 Psychokretaes 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 Psychokretaes 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 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)**