

Załącznik nr 1 do Regulaminu korzystania z Karty Pacjenta Balticmed

**ZGODA PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Ja niżej podpisany/a, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), **wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez podmiot leczniczy – Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, w celu komunikowania się ze mną jako pacjentem lub jako przedstawicielem ustawowym pacjenta, w zakresie korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz jej Partnerów.

Oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, a zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem również poinformowany o celu zbierania danych osobowych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pacjenta