Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego:	☐☐☐-☐☐☐-☐☐☐
Nr telefonu stacjonarnego:	(☐☐) ☐☐☐-☐☐-☐☐
Adres e-mail:	☐

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Jaśle przy ul. Mickiewicza 4, w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Placówki.
Powyższe dane będą przechowywane w dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Samodzielny Publiczny Miejsko-Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Jaśle przy ul. Mickiewicza 4, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi, oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Data i podpis Pacjenta

Js-Bd-14 Druk: IMPACT Myslowice, tel./fax: (32) 762 94 23