



RESMED

OŚWIADCZENIE I ZGODY PACJENTA

IMIĘ I NAZWISKO.....

ADRES.....

PESEL..... DATA URODZENIA.....

PŁEĆ..... TELEFON.....

ADRES EMAIL.....

IMIĘ I NAZWISKO PARTNERA.....

ADRES.....

PESEL..... DATA URODZENIA.....

PŁEĆ..... TELEFON.....

ADRES EMAIL.....

Upoważniam personel CENTRUM MEDYCZNEGO RESMED do powiadomienia o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnego udostępnienia dokumentacji medycznej następującym osobom (upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów lub odpisów dotyczącej mojej dokumentacji medycznej)

DANE OSÓB UPOWAŻNIONYCH do otrzymania informacji o stanie zdrowia i do dokumentacji medycznej

NAZWISKO I IMIĘ PESEL..... TELEFON.....

NAZWISKO I IMIĘ PESEL..... TELEFON.....

Nikogo nie upoważniam do powiadamiania o moim stanie i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnego udostępniania dokumentacji Medycznej TAK

Upoważniam personel CENTRUM MEDYCZNEGO RESMED do udostępnienia dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci następującym osobom

NAZWISKO I IMIĘ PESEL..... TELEFON.....

NAZWISKO I IMIĘ PESEL..... TELEFON.....

Nikogo nie upoważniam do pozyskania mojej dokumentacji medycznej w razie mojej śmierci

TAK

.....

(Data i podpis Pacjenta)



RESMED

Akceptuję przesyłanie faktur i faktur proforma w formie elektronicznej – na podstawie § 106n Ustawy z dnia 11 marca 2004 r.o podatku od towarów i usług (Dz. U. 2004 Nr 54 poz. 53

.....
(Data i podpis Pacjenta)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Wyrażam zgodę na przesyłanie przez CENTRUM MEDYCZNE RESMED z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7 za pośrednictwem telefonii komórkowej na wskazany numer telefonu informacji o medycznej działalności firmy oraz ofertach handlowych. Tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Centrum Medyczne RESMED Sp. z o.o. z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO. Oświadczam, iż poinformowano mnie o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY

2. Wyrażam zgodę na przesyłanie przez CENTRUM MEDYCZNE RESMED z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7 za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres poczty elektronicznej informacji o medycznej działalności firmy oraz ofertach handlowych. Tym samym wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Centrum Medyczne RESMED Sp. z o.o. z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO. Oświadczam, iż poinformowano mnie o możliwości wycofania tej zgody w dowolnym momencie, jak również, że od tej zgody nie jest uzależnione świadczenie usług ani wykonanie umowy.

WYRAŻAM ZGODĘ

NIE WYRAŻAM ZGODY



RESMED

3. Wyrażam zgodę na udzielenie mi świadczeń medycznych (zabiegi, badania) związanych z procesem leczenia prowadzonym z moim udziałem w przez Centrum Medyczne RESMED Sp. z o.o. z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7, z zastrzeżeniem tych co, do których muszę udzielić odrębnej pisemnej zgody.

WYRAŻAM ZGODĘ NIE WYRAŻAM ZGODY

4. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez CENTRUM MEDYCZNE RESMED z siedzibą w BYTOMIU przy ul. Tetmajera 1b/7 za pośrednictwem telefonii komórkowej na wskazany numer telefonu (w tym sms) informacji dotyczącej wyników badań.

5. WYRAŻAM ZGODĘ NIE WYRAŻAM ZGODY

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) informujemy, iż:

1. Administratorem Twoich danych osobowych jest **Centrum Medyczne RESMED Sp. z o. o.**, z siedzibą: 41-933 Bytom, ul. Tetmajera 1b/7, (NIP 626-303-72-45, KRS 0000815212, REGON 385213186) zwana dalej Administratorem. Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: **rejestracja@resmed.net.pl**.
2. Twoje dane przetwarzane są w celu prowadzenia przez Administratora działalności leczniczej, w szczególności w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług, leczenia oraz prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji medycznej.
3. Przekazanie Administratorowi Twoich danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
4. Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych w zakresie prowadzenia działalności leczniczej, w tym także w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, jest art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia



RESMED

dyrektywy 95/46/WE - dalej: RODO, w zw. z przepisami ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podstawą przetwarzania danych w zakresie, jaki jest niezbędny dla ochrony żywotnych interesów pacjenta, może być również art. 6 ust. 1 lit. d RODO. W zakresie, w jakim przetwarzane dane obejmują dane szczególnych kategorii, podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 9 ust. 2 lit. c i h RODO.

5. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Administrator nie udostępnia Twoich danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
6. Administrator nie zamierza przekazywać Twoich danych do państw znajdujących się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.
7. Twoje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres wyznaczony właściwym przepisem prawa: art. 29 ust.1 - Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
8. Masz prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych. Przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Twoje dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.
9. W oparciu o Twoje dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania*. Z wyjątkiem realizacji programów profilaktyki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższym Obowiązkiem informacyjnym:

Data:.....

Podpis pacjenta:.....

Podpis partnera /osoby upoważnionej/:.....