MEDLIFE TWOJA PRZYCHODNIA

Oświadczenie RODO

Dane do kontaktu z pacjentem

Uzupełnij pola, wydrukuj formularz i podpisz odręcznie.

Lublin, data

PESEL

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Sposób kontaktu

Do bieżących kontaktów związanych z korzystaniem z usług MedLife Twoja Przychodnia, w tym do potwierdzania zmian lub odwoływania wizyt, wybieram drogę:

Telefoniczna (numer telefonu)

SMS (numer telefonu)

E-mail

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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/RODO) zostałem/am poinformowany/a i posiadam wiedzę o zasadach oraz sposobie przetwarzania danych dotyczących mnie przez MedLife Twoja Przychodnia jako administratora danych oraz przysługujących mi na podstawie art. 15-21 RODO prawach.

Jednocześnie potwierdzam, że dane osób wymienionych w treści oświadczenia znajdującego się poniżej podaję za ich wiedzą i akceptacją. Zobowiązuję się również do poinformowania ich o wszelkich okolicznościach związanych z przetwarzaniem ich danych przez MedLife Twoja Przychodnia.

Data podpisu

Czytelny podpis pacjenta