Lublin, dnia ..... 20..... r

PESEL

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania

Do bieżących kontaktów związanych z korzystaniem z usług Medlife Twoja Przychodnia, w tym potwierdzam zmiany lub odwoływania wizyt wybieram drogę:

telefoniczną (na numer telefonu).....

sms (na numer telefonu).....

e-mail.....

Oświadczam, ze - zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie *swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy q5/46/1NE (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 i czytelny podpis pacjenta