
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA ZPO
(przez pełnomocnika lub opiekuna prawnego)

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko pełnomocnika/opiekuna prawnego:

.....

Seria i numer dowodu tożsamości:

Adres zamieszkania:

działając jako pełnomocnik /opiekun prawny pacjenta:

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

na podstawie udzielonego mi pełnomocnictwa z dnia r.

(w załączeniu), niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych pacjenta przez:

Szpital Barlinek Sp. z o.o. Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy

z siedzibą w Barlinku przy ulicy Szpitalnej 10,

NIP: 5971730494 REGON: 000304556

w celach związanych z:

- udzielaniem świadczeń zdrowotnych i opieką długoterminową,
- prowadzeniem i archiwizowaniem dokumentacji medycznej,
- spełnieniem obowiązków wynikających z przepisów prawa,
- kontaktowaniem się z rodziną lub przedstawicielem pacjenta w sprawach związanych z opieką.

Oświadczam, że:

- zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, cofnięcia zgody i wniesienia skargi do organu nadzorczego (UODO),
- zgoda może być w każdej chwili cofnięta, z zastrzeżeniem skutków prawnych jej wcześniejszego obowiązywania,
- przedstawione pełnomocnictwo pozostaje w mocy i nie zostało odwołane.

Data: r.

Podpis pełnomocnika:

Załącznik:

1. Pełnomocnictwo pacjenta z dnia r.
- 2.

Podpis i pieczęć osoby przyjmującej zgodę: