ŁUKSJA MED

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZMIANY TERMINU ROZPOCZĘCIA ZABIEGÓW

Oświadczam, że z przyczyn prywatnych nie będę mogła/mógł rozpocząć zaplanowanych zabiegów w terminie wyznaczonym przez Łuksja-Med Sp. z o.o.

W związku z powyższym wnoszę o zmianę terminu rozpoczęcia cyklu zabiegowego na dzień .....
lub wyznaczenie innego, możliwego terminu.
Jednocześnie potwierdzam, że zmiana terminu następuje na mój wniosek i nie wynika z decyzji placówki medycznej.

Skrócona informacja o przetwarzaniu danych osobowych (RODO)
Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Łuksja-Med Sp. z o.o. z siedzibą w Łukowie przy ul. Staropijarskiej 3.
Dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia, przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa.
Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące przy realizacji świadczeń zdrowotnych.
Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez okres wymagany przepisami prawa.
Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
Pełna klauzula informacyjna dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta