ŁUKSJA MED

OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYBORZE ŚWIADCZENIA ODPŁATNEGO

Ja, niżej podpisany/a:
Imię i nazwisko: .....
PESEL: .....
oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości skorzystania ze świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zasadach ich realizacji w NZOZ Łuksja-Med.
Dokonuję świadomego wyboru świadczenia odpłatnego i wyrażam zgodę na jego realizację.

Rodzaj świadczenia: .....
Cena: .....
Termin: .....

Oświadczam, że wybór świadczenia odpłatnego został podjęty dobrowolnie.

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