

## OŚWIADCZENIE PACJENTA O WYBORZE ŚWIADCZENIA ODPLATNEGO

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.

---

### Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Administratorem danych osobowych jest NZOZ Łuksja-Med.

Dane osobowe są przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizacji rozliczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podstawą przetwarzania danych jest obowiązek prawny oraz realizacja świadczeń zdrowotnych. Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.

Pacjent ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych jest obowiązkowe w zakresie wynikającym z przepisów prawa.

.....  
Data i czytelny podpis pacjenta

---

Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: [biuro@luksja-med.pl](mailto:biuro@luksja-med.pl)

[www.luksja-med.pl](http://www.luksja-med.pl)

tel: (0-25) 798 72 47

NIP: 825 201-13-03 REGON: 0600275587 KRS: 0000233407