

OŚWIADCZENIE / ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH OSOBIE NIEPEŁNOLETNIEJ BEZ OBECNOŚCI OPIEKUNA

Ja, niżej podpisana/y

(imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego)

PESEL

legitymująca/legitymujący się

(nazwa dokumentu tożsamości) seria nr

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym / opiekunem prawnym:

.....

(imię i nazwisko pacjenta małoletniego)

data urodzenia PESEL

i wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych ww. pacjentowi przez Łuksja-Med Sp. z o.o. bez mojej osobistej obecności:

jednorazowo – w dniu

w trybie ciągłym (w ramach kolejnych wizyt)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości kontaktu z placówką oraz o prawie do cofnięcia niniejszej zgody w każdym czasie.

Niniejsza zgoda zostaje wyrażona dobrowolnie i świadomie.

Informacja o przetwarzaniu danych (RODO)

Administratorem danych osobowych jest NZOZ Łuksja-Med. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz rozliczeń, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest obowiązek prawny oraz realizacja świadczeń zdrowotnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom finansującym świadczenia (w tym Narodowemu Funduszowi Zdrowia), podmiotom wykonującym badania diagnostyczne oraz innym podmiotom medycznym uczestniczącym w procesie leczenia.

Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

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 podpis przedstawiciela ustawowego)

Łuksja-Med Spółka z o.o.

ul. Staropijarska 3, 21-400 Łuków

email: biuro@luksja-med.pl www.luksja-med.pl

tel: 25 798 72 47, 25 798 52 50

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