



CENTRUM TERAPII MANUALNEJ

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA

miejsceowość, data _____
Imię i Nazwisko Rodzica _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____
numer tel. kontaktowego /e-mail _____

Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym dziecka:

Imię i Nazwisko dziecka _____
data urodzenia i PESEL _____
adres zamieszkania _____

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że do uzyskania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych

upoważniam osobę bliską
Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

nie upoważniam nikogo

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

Oświadczam, że do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka i udzielanych mu świadczeń zdrowotnych

upoważniam osobę bliską
Imię i Nazwisko _____
numer tel. kontaktowego _____

nie upoważniam nikogo

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA OBOWIĄZKOWA

Wyrażam zgodę na:

- wykonanie badań i udzielanie świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r.
- gromadzenie i przetwarzanie przez Centrum Terapii Manualnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa. z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, dodatkowych danych osobowych dziecka, wykraczających poza zakres wskazany w przepisach prawa, tj. numeru telefonu, adresu e-mail, numeru rachunku bankowego, w celu realizacji procesów związanych ze świadczeniem usług medycznych w zakresie wskazanym przez przepisy, a także nawiązaniem kontaktu w związku ze świadczonymi usługami..

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODY DOBROWOLNE

ZGODA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH BEZ OBECNOŚCI RODZICA/OPIEKUNA*

*wypełnić tylko w przypadku zaistnienia ww. okoliczności

Wyrażam zgodę na wykonanie badań i udzielanie świadczeń zdrowotnych bez obecności rodzica / opiekuna prawnego ww. pacjenta małoletniego. Zgoda jest ważna do jej pisemnego odwołania.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH NAUKOWYCH I STATYSTYCZNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, w szczególności na udostępnienie wyników i przebiegu leczenia, zawartego w dokumentacji medycznej prowadzonej przez Centrum Terapii Manualnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, w celach statystycznych, naukowych i dydaktycznych, z zachowaniem pełnej anonimowości, na zasadach określonych w rozdziale 7 art.26, pkt 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008r. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach. Wiem, że mogę cofnąć niniejszą zgodę w dowolnym momencie.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie

ZGODA NA WYSYŁANIE INFORMACJI HANDLOWEJ ZA POMOCĄ E-MAIL - ZGODA NA NEWSLETTER

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej i systemie rejestracji przez Centrum Terapii Manualnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Sierosławiu, ul. Leśna 1, w celu skorzystania z usługi otrzymywania newslettera, rozumianego, jako bieżące informacje na temat akcji promocyjnych, ofert i usług świadczonych przez Centrum Terapii Manualnej. Zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach. Wiem, że mogę cofnąć niniejszą zgodę w dowolnym momencie.

.....
czytelny podpis składającego oświadczenie