

UPOWAŻNIENIE DO BIEŻĄCYCH KONTAKTÓW

Dane Pacjenta:

Imię i nazwisko:

.....

PESEL:

.....

Seria i numer dowodu (podać w przypadku braku numeru PESEL):

.....

Dane osoby kontaktowej:

Imię i nazwisko:

.....

Do bieżących kontaktów związanych z korzystaniem z usług CRH Żagiel Med, w tym potwierdzania, zmiany lub odwoływania wizyt, wybieram drogę:

telefoniczną, na numer telefonu:

.....

sms/mms, na numer telefonu:

.....

mailowo, na adres e-mail:

.....

Jednocześnie oświadczam, że powyżej wskazane dane podaje za wiedzą i akceptacją osób, których dotyczą oraz zobowiązuję się do poinformowania ich, że ich dane osobowe będą przetwarzane przez CRH Żagiel Med sp. z o.o., KRS: 0000315316, w celu zapewnienia kontaktu ze mną jako Pacjentem i umożliwienia mi realizacji moich uprawnień jako Pacjenta CRH Żagiel Med, w tym w zakresie potwierdzania, zmiany lub odwoływania wizyt oraz że ma prawo dostępu do swoich danych przetwarzanych przez CRH Żagiel Med, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, wniesienia żądania o zaprzestanie lub ograniczenie przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego. Wskażę też, że pełna treść informacji dotyczącej przetwarzania ich danych osobowych dostępna jest w siedzibie CRH Żagiel Med oraz na stronie internetowej <https://zagiemed.pl/> w zakładce „dla Pacjenta - Dane osobowe”.

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta