



**UNICARDIA SPECJALISTYCZNE CENTRUM LECZENIA CHOROÓB SERCA I NACZYŃ &  
UNIMEDICA SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.**

*(prosimy wypełniać drukowanymi literami)*

**Dane pacjenta:** Imię ..... Nazwisko: .....  
PESEL: ..... Telefon: .....  
Kod pocztowy: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Miejsowość.....  
Ulica.....

**Dane opiekuna prawnego (w przypadku dzieci, osób ubezwłasnowolnionych):**

Imię ..... Nazwisko: .....  
PESEL: ..... Telefon: .....  
Kod pocztowy: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Miejsowość.....  
Ulica.....

**Wyrażam zgodę na przesłanie dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby na adres mailowy:**

*(Proszę wypełnić drukowanymi literami. Placówka nie ponosi winy za błędne podanie adresu e-mail)*

**Do uzyskiwania informacji o udzielonych świadczeniach oraz do dokumentacji medycznej we wszystkich  
prawnie dopuszczanych formach:**

Nie upoważniam nikogo

Upoważnienie do:  informacji o stanie zdrowia  dokumentacji medycznej  odbiór recept

1) Imię i nazwisko: ..... data urodzenia: .....

Numer kontaktowy: ..... adres e-mail: .....

.....  
*(data i podpis pacjenta)*

**Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na  
przetwarzanie moich danych osobowych w niniejszej placówce przez:**

- Kontakt telefoniczny w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);
- Kontakt sms w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania);

*Zostałem/-am poinformowany/-a o prawie: dostępu do danych; ich sprostowania, usunięcia; ograniczenia przetwarzania;  
wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; przenoszenia danych; cofnięcia zgody w dowolnym momencie.*

.....  
*(data i podpis pacjenta)*

**Zezwalam na przeprowadzenie badania / udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszej placówce**

.....  
*(data i podpis pacjenta)*