



**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: .....

2) 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, marketingu)
- Kontakt sms, mailowy w celu realizacji wizyty (telefon w sprawie jej potwierdzenia, przesunięcia, odwołania, marketingu);
- Założenie Osobistego Konta Pacjenta z użyciem moich danych osobowych na platformie Mmedica w celu elektronicznej rejestracji na wizyty lekarskie w klinice Unicardia&Unimedica.

*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)*

*Wszelkie informację na temat zakresu i sposobu przetwarzania Państwa danych osobowych znajdziecie Państwo na tablicy informacyjnej w naszej Placówce oraz na stronie [www.unicardia.pl/RODO](http://www.unicardia.pl/RODO)*