

Karta Rejestracyjna Pacjenta

Imię Nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania (korespondencyjny)

Tel kontaktowy

Adres e-mail (dużymi literami) podanie adresu mailowego jest jednoznaczne z wyrażeniem zgody na wysyłkę

❖ **Upoważniam do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do odebrania dokumentacji medycznej w wersji papierowej.**

1

Imię i Nazwisko

data urodzenia oraz numer telefonu

2

Imię i Nazwisko

data urodzenia oraz numer telefonu

❖ **Wyrażam zgodę na przysyłanie wyników badań / dokumentacji drogą pocztową. (nie dotyczy osób zamieszkałych we Wrocławiu)**

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta /-tki

Informujemy, że przetwarzamy dane osobowe Pacjenta, w postaci imienia i nazwiska, nr PESEL, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej, adresu zamieszkania i/lub korespondencji oraz wrażliwe dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, przez Specjalistyczny Ośrodek Okulistyczny w celu korzystania z usług medycznych oraz otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt do czasu wycofania zgody.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO).

- Zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że dane zbierane są przez Specjalistyczny Ośrodek Okulistyczny, jak również o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

- Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a o stosowaniu przez Administratora Danych monitoringu wizyjnego, a w związku z tym o możliwości utrwalenia mojego wizerunku w czasie przebywania w strefach, gdzie monitoring ten jest stosowany. Przebywanie w monitorowanym obszarze jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych o charakterze obrazowym.

.....
Czytelny podpis Pacjenta /-tki

Administratorem moich danych osobowych jest **Specjalistyczny Ośrodek Okulistyczny Sp. z o.o. Sp.K.**, ul. Stawowa 12/3, 50-018 Wrocław, tel. 71 344 42 27, a szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej www.okulisci.wroclaw.pl oraz na tablicach informacyjnych w miejscach ogólnodostępnych na terenie Specjalistycznego Ośrodka Okulistycznego.