



KARTA REJESTRACJI PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Imiona pacjenta

Nazwisko pacjenta

Data urodzenia

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Adres zamieszkania

Imiona i nazwisko opiekuna ustawowego

PESEL opiekuna ustawowego:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr dowodu osobistego opiekuna ustawowego

Adres zamieszkania opiekuna ustawowego

Telefon komórkowy opiekuna prawnego

Adres e-mail opiekuna prawnego

Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.. z siedzibą w Warszawie(00-195), przy ul. Słomińskiego 19/517, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000491764, będącej administratorem danych osobowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z 29 sierpnia 1997 roku w związku ze świadczonymi usługami medycznymi. Otrzymałem/am informację o przysługujących mi prawach do wglądu, możliwości poprawiania, uzupełniania oraz o dobrowolności ich podania, a także o prawie do wniesienia sprzeciwu dalszego ich przetwarzania.

miejsowość, data

czytelny podpis pacjenta

Zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 Nr. 144 poz. 1204 ze zm.) oraz Art. 172 Ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. 2004 Nr. 171 poz. 1800 z zm.), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów:

TAK/NIE* przesyłania potwierdzenia umówionych wizyt w formie wiadomości SMS;

TAK/NIE* przesyłania pocztą elektroniczną Newslettera (regulamin usługi dostępny w Recepcji lub www.babkamedica.pl)

miejsowość, data

czytelny podpis pacjenta

* Niepotrzebne skreślić