



KARTA REJESTRACJI PACJENTA DOROSŁEGO

Imiona

Nazwisko

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Data urodzenia PESEL:

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

Nr dokumentu tożsamości (opcjonalnie)

Adres zamieszkania

Telefon komórkowy

Adres e-mail

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