

0									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nr karty – uzupełnia personel)

## KARTA REJESTRACJI PACJENTA NIEPEŁNOLETNIEGO

Imiona pacjenta: .....

Nazwisko pacjenta: .....

Data urodzenia: ..... PESEL: 

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

Płeć:  Kobieta  Mężczyzna

Adres zamieszkania: .....

Imiona i nazwiska opiekunów ustawowych: ..... , .....

PESEL opiekunów ustawowych: 

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

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

Nr dowodów osobistych opiekunów ustawowych (w przypadku nieposiadania PESEL): ..... , .....

Adres zamieszkania opiekunów ustawowych: .....

Telefon komórkowy opiekuna: .....

Adres e-mail opiekuna: .....

Jak się Pani/Pan dowiedziała o naszej placówce:

- Internet  
 Z polecenia  
 Inne

Zostałem/am poinformowany/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane przez CM Babka Medica Sp. z o.o. 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: 0000892945, będącej administratorem danych osobowych, zgodnie z klauzulą informacyjną dla pacjentów Babka Medica, udzieloną mi w związku z Rozporządzeniem 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”. Treść klauzuli została mi przekazana do zapoznania się w chwili rejestracji. Treść klauzuli dostępna jest na recepcji Babka Medica oraz na stronie internetowej [www.babkamedica.pl](http://www.babkamedica.pl).

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis

### Zgody marketingowe:

**adres e-mail (newsletter)**  **tak**  **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o.S (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

**numer telefonu (sms)**  **tak**  **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celu przesyłania informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo Komunikacyjne.

**numer telefonu (kontakt telefoniczny)**  **tak**  **nie** – wyrażam zgodę na przetwarzanie przez CM Babka Medica Sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci numeru telefonu w celu telefonicznego przekazywania informacji marketingowych

dotyczących usług oferowanych przez CM Babka Medica Sp. z o.o. (poprzednio: Babka Medica Sp. z o.o. Sp. k.) przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu ustawy Prawo Komunikacyjne.

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis pacjenta

**ZGODA PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA  
NIEPEŁNOLETNIEGO LUB UBEZWŁASNOWIONEGO NA:**

- wizyty pacjenta w obecności wskazanego opiekuna faktycznego (0-18 r.ż)  
 samodzielne wizyty pacjenta (16-18 r.ż.)

.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego

.....  
PESEL/ nr dokumentu tożsamości

.....  
Stosunek przedstawiciela ustawowego do niepełnoletniego

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie lub udzielenie innego świadczenia zdrowotnego bez mojej obecności u:**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL/data urodzenia

w Centrum Medycznym Babka Medica

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na szczepienia ochronne, bez mojej obecności u:**

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL/data urodzenia

**a w obecności opiekuna faktycznego\*:**

.....  
Imię i nazwisko opiekuna faktycznego

.....  
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

\*nie wypełniać w przypadku zgody na samodzielne wizyty pacjenta

.....  
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie