

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

(Nr karty – uzupełnia personel)

## OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

2. Upoważniam Pana/Panią .....

data urodzenia lub PESEL .....

do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych.

Nr telefonu osoby upoważnionej: .....

3. Upoważniam Pana/Panią .....

data urodzenia lub PESEL .....

do odbioru kserokopii mojej dokumentacji medycznej.

*Zobowiązuje się przekazać osobom, których dane wskazałem powyżej informację, że ich dane osobowe w zakresie podanym przeze mnie będą przetwarzane przez administratora danych osobowych CM Babka Medica Sp. z o.o. w celu umożliwienia im uzyskania dostępu do mojej dokumentacji medycznej. Przysługuje im prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych. Jeżeli uznają, że przetwarzanie danych osobowych odbywa się z naruszeniem przepisów prawa, mają prawo złożyć skargę do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Więcej informacji znajduje się na stronie: <https://babkamedica.pl/polityka-prywatnosci/>.*

.....  
data oraz czytelny podpis pacjenta/ki