



.....
(miejscowość) (data)

.....
(nazwisko i imię pacjenta)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(PESEL pacjenta)

Zgoda na udzielenie świadczeń zdrowotnych

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych, na zasadach określonych w rozdziale 5 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, przez Przychodnię Zespołu Lekarzy Rodzinnych z siedzibą w Dopiewie ul. Łąkowa 2.

.....
(podpis pacjenta)

Przyjmuje do wiadomości, iż Przychodnia Zespołu Lekarzy Rodzinnych z siedzibą w Dopiewie ul. Łąkowa 2, jest administratorem danych osobowych dotyczących mojej osoby dla celów związanych z realizacją świadczeń medycznych oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tej placówce w szczególności na przetwarzanie danych związanych z udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz jego rozliczeniem.

Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany o możliwości cofnięcia oświadczenia.

.....
(podpis pacjenta)