
Nazwisko i Imię

Miejscowość, data

Adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam _____
(Nazwisko , imię)

zam. _____
(Adres zamieszkania)

do odbioru mojej dokumentacji medycznej (wynik badania histopatologicznego) z

Pracowni Endoskopii SP ZOZ Szpital im. dr J. Dietla w Krynicy-Zdroju, ul. Kraszewskiego 142
– Pawilon Diagnostyczny - pokój nr D13 w godz. 10.00-13.00 (tel. 18/47 32 105).

Badanie gastroskopii/kolonoskopii zostało wykonane w dniu _____

(Czytelny podpis)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL:

Zakres danych:

Nr telefonu komórkowego:	
Nr telefonu stacjonarnego:	
Adres e-mail:	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez SPZOZ Szpital im. Dr. J. Dietla w Krynicy-Zdroju, ul. Kraszewskiego 142, 33-380 Krynica-Zdrój, w celu komunikacji z osobami korzystającymi z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Szpitala.

Powyższe dane będą przechowywane w dokumentacji medycznej 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Szpital, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi.

.....
Data i podpis Pacjenta