

Formularz rejestracyjny Pacjenta (teleporady medyczne)

1. Dane osobowe Pacjenta

Imię i Nazwisko

Imię i Nazwisko rodzica lub opiekuna
(w przypadku badań małoletnich)

Adres zamieszkania (ulica, nr domu/mieszkania)

Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość)

PESEL

Telefon kontaktowy

Email

2. Oświadczenie o spełnieniu obowiązku informacyjnego

Oświadczam, że przed przekazaniem firmie ODM Sp. z o.o. moich danych osobowych otrzymałam/em (lub udostępniono mi w wersji elektronicznej) dokument ***Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych dla pacjentów***. Ponad to miałam/em nieskrępowaną możliwość zapoznania się z jego treścią, a także możliwość zadawania pytań personelowi, co do treści tego dokumentu. Informacje objęte ww. dokumentem są dla mnie w pełni zrozumiałe i czytelne. Po zapoznaniu się z treścią tego dokumentu podjęłam/em dobrowolną decyzję o przekazaniu moich danych osobowych firmie ODM Sp. z o.o. Zostałem również poinformowany o tym, że ww. dokument dostępny jest do pobrania m.in. na stronie internetowej oraz w rejestracji.

Na potwierdzenie prawdziwości przekazanych danych i oświadczeń przewidzianych powyżej, w tym w szczególności na okoliczność otrzymania przeze Mnie i zapoznania się z treścią ***Klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych dla pacjentów*** przed przekazaniem moich danych osobowych, niniejszym składam swój podpis:

Imię i nazwisko, data, miejscowość