



Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANA-MED”s.c.,
ul. Buchowieckiego 15a, 32-300 Olkusz

UPOWAŻNIENIE
**DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY
MEDYCZNE**

Imię i nazwisko

PESEL:

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

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że:

A)

1. upoważniam Pana/Panią *
zamieszkałą/ego

2. upoważniam Pana/Panią *
zamieszkałą/ego

3. upoważniam Pana/Panią *
zamieszkałą/ego

do odbioru recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby ortopedyczne

B) upoważniam osoby trzecie

C) nie upoważniam nikogo do odbioru moich recept lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne

.....
data

.....
podpis upoważniającego

Osoby upoważnione lub osoby trzecie zgłoszą się po recepty lub zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z własnym dowodem osobistym

Ponadto oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości cofnięcia udzielonego oświadczenia.

(*- niepotrzebne skreślić)

.....
data

.....
podpis upoważniającego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „SANA-MED” s.c., ul. Buchowieckiego 15a, 32-300 Olkusz, NIP: 637-19-86-814, REGON: 356367762
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod.kd.rodod@interia.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że: 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego; 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej; 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
podpis upoważniającego

.....
podpis upoważnionego

.....
podpis upoważnionego

.....
podpis upoważnionego

.....
Data

.....
podpis i pieczęć osoby odbierającej