**Centrum Medyczne LUXMED 2024-07-12**

**Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**

**ul. Radziwiłłowska 5, 20-080 Lublin**

**OŚWIADCZENIE PACJENTA
PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE PACJENTA** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Nr telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**Potwierdzenie zapoznania się z Zasadami przetwarzania danych osobowych w CM LUXMED.**Informacje, w jaki sposób przetwarzamy dane osobowe zamieszczone są w wyznaczonych miejscach
w każdej placówce Luxmed, na stronie internetowej www.luxmedlublin.pl, a także są dostępne
u personelu rejestracji bezpośredniej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Zgoda na przechowywanie danych w bazie pacjentów CM LUXMED(adres e-mail)**Wyrażam zgodę, żeby mój adres e-mail, który podaję do Karty Pacjenta, był przechowywany w bazie pacjentów CM LUXMED. | Wybierz z listy |
| **Zgoda na przechowywanie danych w bazie pacjentów CM LUXMED (nr telefonu)**Wyrażam zgodę, żeby mój numer telefonu, który podaję do Karty Pacjenta, był przechowywany w bazie pacjentów CM LUXMEDPodanie nr telefonu nie jest wymagane, ale jego brak będzie wiązał się m. in. z brakiem możliwości skorzystania z teleporady i zamówieniem e-recepty, brakiem otrzymania informacji o odwołaniu wizyty oraz dostępności wyników badań, brakiem otrzymywania potwierdzeń o terminie wizyty etc. Będziemy się z Państwem kontaktować wyłącznie drogą korespondencyjną. | Wybierz z listy |
| **Zgoda na telefon po wizycie**Wyrażam zgodę, żeby asystent medyczny zadzwonił do mnie, jeżeli podczas wizyty w CM LUXMED otrzymam skierowanie na badania lub konsultacje lekarskie w celu zaproponowania terminu tego świadczenia. | Wybierz z listy  |

*Wpisz imię i nazwisko osoby podpisującej dokument*

/Dokument podpisany elektronicznie/