

Miejscowość....., data: .....

### **Ja, niżej podpisana/y:**

1. **IMIĘ I NAZWISKO**.....
2. **PESEL**.....
3. **TELEFON KONTAKTOWY**.....
4. **ADRES E-MAIL**.....

Jeżeli oświadczenie wypełnia przedstawiciel ustawowy należy podać także dane małoletniego Pacjenta:

1. **IMIĘ I NAZWISKO**.....
2. **PESEL** .....

## **ZGODA NA KONTAKT MARKETINGOWY**

### **(PRZYPOMNIENIE O WIZYCIE, ZMIANA GRAFIKU, ODWOŁANIE, PROMOCJE)**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Centrum Medycznego RH5, informacji o zbliżającym się terminie wizyt w Centrum Medycznym RH5 ul. Strzelców 11b 31-422 Kraków za pomocą kontaktu SMS, której celem jest w szczególności przypomnienie o zbliżającym się terminie oraz o ewentualnej możliwości odwołania wizyty. Podanie danych jest dobrowolne.

- Wyrażam zgodę \*
- Nie wyrażam zgody \*

.....  
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Centrum Medycznego RH5, komunikacji marketingowej, w tym na wykonywanie marketingu bezpośredniego przy użyciu urządzeń końcowych (takich jak telefony komórkowe i stacjonarne, tablety, komputery) oraz automatycznych systemów wywołujących, na podany przeze mnie numer telefonu oraz adres email. Cel marketingowy obejmuje przesyłanie newslettera, informacji o wydarzeniach, promocjach, komunikatów marketingowych dotyczących usług i produktów CM RH5.

Podanie danych jest dobrowolne.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany numer telefonu \*
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany adres e-mail \*
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany numer telefonu oraz adres e-mail \*
- Nie wyrażam zgody na otrzymywanie treści marketingowych \*

.....  
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

## OŚWIADCZENIA PACJENTA

### **Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych**

- Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych \*
- Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest \*:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....
2. PESEL.....
3. TELEFON KONTAKTOWY .....

.....  
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

### **Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej**

- Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej \*
- Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest \*:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....
2. PESEL.....
3. TELEFON KONTAKTOWY .....

.....  
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

**Legenda:**

\* podanie danych jest dobrowolne