

Zgoda na przesyłanie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej

Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie:.....

Imię i Nazwisko Pacjenta:

PESEL:

adres e-mail:.....

(na wskazany adres poczty elektronicznej zostanie przesłana dokumentacja medyczna, jako załącznik zabezpieczony hasłem)

numer telefonu:

(na wskazany numer telefonu zostanie przekazane hasło do pliku zawierającego dokumentację medyczną)

Data i podpis:.....

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Kliniki Medikon komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz oferowanych towarów, informowanie o wydarzeniach dotyczących jej działalności oraz promowanie zdrowego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Rozumiem, że zgoda jest dobrowolna i może być w każdym czasie cofnięta.

Data i podpis:

Aby wycofać zgodę, prosimy o kontakt na adres: info@medikon.net.pl

Administratorem Państwa danych osobowych jest NZOZ „MEDIKON” Dariusz Konecki z siedzibą w Grodzisku Maz., ulica Sadowa 22, 05-825 Grodzisk Maz., wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz Rejestru Podmiotów leczniczych pod numerem 8125 REGON 011659147, NIP 5291013813.

Państwa dane osobowe zawarte w niniejszym formularzu, są przetwarzane abyśmy mogli przesłać za pomocą środków komunikacji elektronicznej dokumentację medyczną lub w przypadku dodatkowej zgody treści marketingowe. Obowiązek Informacyjny w pełnym brzmieniu dostępna jest w siedzibie Kliniki MEDIKON **oraz na stronie internetowej**