



NZOZ CPP KARTA REJESTRACYJNA

DATA REJESTRACJI: ____ - ____ - ____ r.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA UR.: ____ - ____ - ____ r.

Tel.: _____ Adres e-mail: _____ (pole nieobligatoryjne)

(PESEL - w przypadku wizyt lekarskich)

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

WIZYTA U: **(proszę zaznaczyć krzyżykiem):**

PSYCHIATRY: SEKSUOLOGA: PSYCHOLOGA/TERAPEUTY:

ADRES ZAMIESZKANIA (w przypadku wizyt lekarskich):

Ulica: _____ nr domu: _____ nr lokalu: _____

Kod pocztowy: ____-____ Miejscowość: _____

Upoważniam: _____, nr tel.: _____

do odbioru mojej dokumentacji medycznej i uzyskiwania inf. o moim stanie zdrowia **(jeśli NIE – proszę przekreślić pola)**.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH Udzielona zgoda może być wycofana w dowolnym czasie i w dowolnej formie.

Zaznacz odpowiednie pole krzyżykiem:

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez CPP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, pod adresem: Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 129, 00-175 Warszawa, zarejestrowanej w Rejestrze Przedsiębiorców pod nr KRS Nr: 0000624614, REGON: 364788440, NIP: 5252663731, prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej NZOZ Centrum Pomocy Profesjonalnej pod adresem: Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 21, 00-175 Warszawa, zarejestrowany w prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą pod nr księgi rejestrowej: 000000185418, REGON: 36478844000018 (dalej: Spółka) w celu realizacji na moją rzecz usług zdrowotnych/leczniczych/terapeutycznych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej związanej ze świadczonymi usługami.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez podmioty współpracujące ze Spółką w celach związanych z realizacją na moją rzecz usług zdrowotnych/leczniczych/terapeutycznych.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na wysyłanie sms-a powiadamiającego o terminie mojej wizyty.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody na wysyłanie korespondencji mailowej dot. umawiania wizyty.

Klauzula informacyjna o prawie do cofnięcia zgody: W każdej chwili masz prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem.

.....

Podpis wyrażającego zgodę

VERTE →