

### Обязательное ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

согласно приказу Министра Здравоохранения с 08.12.2015 г.

о видах, образцах и использовании медицинской документации и способах ее обработки.

#### ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ  
НОМЕР/  
ТЕЛЕФОН

1. Заявление пациента об уполномочивании близкой osoby для получения информации о его состоянии здоровья и полученных медицинских услугах, либо заявление об отсутствии уполномочивания.

#### Данные уполномоченной osoby (в случае отсутствия вписать «не уполномочиваю»)

ИМЯ И ФАМИЛИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ  
НОМЕР/  
АДРЕС и/или ТЕЛЕФОН

2. Заявление пациента об уполномочивании близкой osoby для получения медицинской документации, либо заявление об отсутствии уполномочивания.

#### Данные уполномоченной osoby (в случае отсутствия вписать «не уполномочиваю»)

ИМЯ ФАМИЛИЯ

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ  
НОМЕР/

.....  
Подпись пациента

.....  
Подпись пациента

1. Согласно ст. 13 устава 1 и 2, фирма POLMED S. A., располагающаяся по адресу: Старогард Гданьский, микрорайон Коперника 21, будучи администратором личных данных информирует, что обрабатывает личные данные с целью:

- реализации медицинских услуг (ведения медицинской документации, гарантии медицинской опеки и руководства системами и услугами здравоохранения), профилактики медицины труда, гарантии социальной защиты) на основании статьи 9 устава 2 h распоряжения европейского парламента и совета Евросоюза 2016/679 от 27 апреля 2016 г.

- проверки данных во время записи на прием – на основании статьи 6 устава 1c (исполнения правовой обязанности администратора), а также статьи 9 устава 2 h распоряжения европейского парламента и совета Евросоюза 2016/679 от 27 апреля 2016 г.,,

- контакту по телефону или при помощи электронной почты с целью подтверждения записи, отмены или изменения даты визита у врача, высылания информации касающейся подготовки к исследованиям и процедурам – на основании статьи 6 устава 1 b и f распоряжения европейского парламента и совета Евросоюза 2016/679 от 27 апреля 2016 г. (на основании договора и законных интересов осуществляемых администратором).

2. Предоставление данных является необходимым для осуществления медицинских услуг.

3. Пациент имеет право доступа к данным, их поправки, актуализации, доступа к копиям и право на обращение с жалобами в органы контроля.

4. Право на обработку, опротестование и удаление данных не распространяется на информацию содержащуюся в медицинской документации.

5. Контакт с инспектором по охране личных данных POLMED S.A. возможен при помощи электронного адреса daneosobowe@polmed.pl.

6. С деталями можно ознакомиться в поликлиниках POLMED, а также на сайте www.polmed.pl.

7. Желающих получить полный текст обязательной информации просим обращаться в регистратуру поликлиники.

.....  
Подпись пациента