

# KARTA REJESTRACJI PACJENTA



Nazwisko: .....

Imię/Imiona: .....

PESEL: 

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

Płeć: Kobieta / Mężczyzna

(w przypadku noworodka – PESEL matki lub ojca, a w przypadku braku – nazwa, seria i numer dok. stwierdzającego tożsamość oraz data urodzenia)

Adres miejsca zamieszkania: .....

Kod pocztowy i miejscowość: .....

Numer telefonu: (+ ) .....

Adres e-mail opcjonalne: .....

Administratorem Danych Osobowych w rozumieniu przepisów prawa (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) jest **Bodyclinic spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa**, ul. Józefa Sierakowskiego 4 / U3, 03-712 Warszawa. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji usług medycznych zgodnie z obowiązkami wynikającymi z przepisów prawa dotyczących podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, przede wszystkim w celu: **zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, zapewnienia profilaktyki zawodowej, wykonywania usług z zakresu medycyny pracy, realizacji praw pacjenta, kontaktu poprzez wykorzystanie numeru telefonu lub adresu e-mail, prowadzenia ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej**. Dane osobowe będą udostępniane wyłącznie osobom i podmiotom uprawnionym do ich przetwarzania, zgodnie z przyjętymi standardami przetwarzania danych osobowych i standardami jakości, tylko w uzasadnionych przypadkach.

**Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych**, na zasadach określonych w Rozdziale 5 Ustawy z dn. 6/11/2008 r. o Prawach Pacjenta I Rzeczniku Praw Pacjenta przez w/w podmiot leczniczy.

Warszawa, .....

(data i podpis)

## Gdzie dowiedziałeś się o Bodyclinic?

od znajomych    z Googla    z Facebooka/Instagrama    mieszkam niedaleko    lecze się tu od lat

\* **niepotrzebne skreślić**

Upoważnienia mogą być odwołane w dowolnym momencie, bez wpływu na ważność przetwarzania, które zostało dokonane na podstawie upoważnienia przed jego odwołaniem. Upoważnienie może być odwołane w recepcji podmiotu medycznego.

Zgody i oświadczenie podpisano w Wielospecjalistycznej Przychodni Lekarskiej, rejestr podmiotów wykonujących działalność medyczną w woj. mazowieckim ks. rej. nr 000000235990, kod identyfikacyjny 01, należącym do Bodyclinic spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie przy ul. Józefa Sierakowskiego 4 / U3, 03-712 Warszawa, NIP: 5252800889, REGON: 384349587, KRS: 0000803546, tel.: +48 22 82 611 60, e-mail: kontakt@bodyclinic.pl.