



InviMed

Kliniki leczenia niepłodności

Formularz Pacjentki

Imię: Nazwisko:

Płeć: Data urodzenia:

Numer PESEL (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości):

Adres miejsca zamieszkania:

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż miejsca zamieszkania):

Numer telefonu: Adres e-mail:

Numer karty Medcover: Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:

Oświadczenia/upoważnienia Pacjentki

Prosimy o zaznaczenie poniższych sformułowań:

- 1. Upoważniam niżej wymienione osoby/ nie upoważniam nikogo*** (*niepotrzebne skreślić) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych.

..... numer PESEL: numer telefonu:
(imię i nazwisko)

..... numer PESEL: numer telefonu:
(imię i nazwisko)

- 2. Upoważniam niżej wymienione osoby/ nie upoważniam nikogo*** (*niepotrzebne skreślić) do wglądu do mojej dokumentacji medycznej lub jej odebrania (w tym wyników badań i recept).

..... numer PESEL:
(imię i nazwisko)

..... numer PESEL:
(imię i nazwisko)

- 3. Zobowiązuję się do informowania Kliniki InviMed o zmianach w powyższych danych.**

.....
(Data i czytelny podpis Pacjentki)

- 4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa w celu marketingu produktów i usług podmiotów Medcover Polska**, w tym poprzez przesyłanie materiałów marketingowych.**

☐ TAK ☐ NIE

5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa informacji handlowo-marketingowych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i tzw. automatycznych systemów wywołujących. Wybieram jako formę kontaktu:

- Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

UWAGA! Jeśli wyrazisz zgodę, będziemy mogli m.in. przekazywać drogą elektroniczną pełną informację na temat cen badań, zabiegów i konsultacji świadczonych przez Medi Partner Sp. z o.o. podczas korespondencji związanej z leczeniem i proponować Ci dodatkowe usługi.

☐ TAK ☐ NIE

- Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

☐ TAK ☐ NIE

.....
(Data i czytelny podpis Pacjentki)

6. Jak uzyskała Pani informacje na temat kliniki InviMed?

- ☐ z Internetu
- ☐ od znajomych/rodziny
- ☐ z prasy
- ☐ od lekarza pracującego w CM Medicover (imię i nazwisko lekarza)
- ☐ od lekarza spoza CM Medicover (imię i nazwisko lekarza)
- ☐ z innych źródeł (jakich?)

** Medicover sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medicover Forsakrings AB (publ) Spółka Akcyjna - Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medicover Benefits sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Medicover Sport sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Well Fitness sp. z o.o., ul. Jana Długosza 74, 51-162 Wrocław; Elford sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; Just GYM sp. z o.o., ul. Starołęcka 42C, 61-361 Poznań; FIT PROJEKT sp. z o.o., ul. Świeradowska 47, 02-662 Warszawa; Premium Fitness & Gym sp. z o.o., ul. Antoniego Dobrowolskiego 6, 80-287 Gdańsk; Mega Solar sp. z o.o., ul. Andrzeja Sacharowa 16, 92-525 Łódź; Bellevue Polska sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; McFIT Polska Sp. z o.o., ul. Jasna 14/16a, 00-833 Warszawa; Smart Platinum sp. z o.o., ul. Juliusza Lea 116, 30-133 Kraków; Just Fit sp. z o.o., ul. Juliusza Lea 116, 30-133 Kraków; Umami Fitness sp. z o.o., ul. Jana Długosza 74, 51-162 Wrocław; Centrum Medyczne Damiana Holding sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa; Rehasport Clinic sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań; Rehasport Diagnostyka sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań; Centrum Medyczne Ujastek sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Topmed sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Medikor III sp. z o.o. (Grupa Neomedic), Ujastek 3, 31-752 Kraków; Dom Lekarski S.A., ul. Rydla 37, 70-783 Szczecin; Centrum Medyczne MML sp. z o.o., ul. Bagno 2, 00-112 Warszawa; Centrum Diagnostyczno -Terapeutyczne „Medicus” sp. z o.o., ul. Leśna 8, 59-300 Lubin; Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne sp. z o.o., ul. Stefana Batorego 18-22, 87-100 Toruń; Denta Care sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa; INVIMED-T sp. z o.o., ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa; Medi Partner sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa

PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

- **Administrator danych:** Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa
- **Cele przetwarzania:** świadczyć Ci usługi medyczne; objąć Cię umową na realizację usług (w tym na przechowywanie i/lub transport materiału biologicznego), zarządzać udzielaniem przez nas usług, dokonać rozliczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, obsłużyć przekazane reklamacje, opinie i zgłoszenia, przekazać materiały promujące produkty i usługi w tym przy użyciu profilowania, archiwizować Twoje dane zgodnie z przepisami prawa, dochodzić i bronić się przed roszczeniami; zapewnić bezpieczeństwo osób i mienia w szczególności poprzez monitoring wizyjny, realizować wnioski dotyczące Twoich praw wynikających z RODO; prowadzić badania jakości i satysfakcji (w tym w oparciu o profilowanie)
- **Podstawy prawne przetwarzania:** udzielanie usług medycznych, realizacja umowy, Twoja zgoda, Nasz uzasadniony interes; obowiązek prawny, interes publiczny
- **Prawa związane z przetwarzaniem danych:** prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, prawo dostępu do danych, inne prawa, o których mowa w szczegółowej informacji o przetwarzaniu danych.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa dostępne są na recepcji kliniki InviMed.

Data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie: