

Zgoda przedstawiciela ustawowego

Ja niżej podpisana/ny
(imię i nazwisko rodzica lub innego ustawowego przedstawiciela)

Zamieszkała/ty

PESEL lub data urodzenia* Telefon kontaktowy

Oświadczam, że jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny wyrażam zgodę na realizację świadczenia medycznego*:

1.	Konsultację lekarską, wydanie opinii i orzeczeń lekarskich, badanie	TAK		NIE	
2.	Pobranie krwi i/lub wydzielin z organizmu do badań	TAK		NIE	
3.	Odebranie recepty na leki zaordynowane w trakcie wizyty	TAK		NIE	
4.	Wykonanie badań diagnostycznych (bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta):				
a)	RTG	TAK		NIE	
b)	USG	TAK		NIE	
c)	MRI bez kontrastu	TAK		NIE	
5.	Świadczeń w zakresie rehabilitacji:				
a)	Zabieg rehabilitacyjny jednorazowy w dniu:				
b)	Cykl ustalonych zabiegów rehabilitacyjnych: od <input type="text"/> do <input type="text"/>				

w dniu: **mojemu dziecku/wychowankowi/podopiecznemu:**

imię i nazwisko małoletniego

data urodzenia / nr PESEL

bez obecności przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego i opiekuna faktycznego.

Oświadczam, że przejmuję pełną odpowiedzialność za dziecko, którego dane znajdują się w niniejszym formularzu podczas jego uczestnictwa w świadczeniach medycznych, podczas mojej nieobecności a także za jego przybycie do REHASPORT CLINIC Sp. z o.o. oraz powrót do domu.

miejsowość, data i czytelny podpis osoby
składającej oświadczenie

data i podpis osoby przyjmującej dokument

* Oznaczyć właściwe poprzez jednoznaczne zakreślenie

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych

Administrator danych	Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań
Cele przetwarzania	Objęcie umową na udzielanie świadczeń zdrowotnych, świadczenie usług medycznych oraz zarządzanie świadczeniami medycznymi, objęcie umową na wynajem i użyczenie sprzętu medycznego, sprzedaży produktów medycznych, marketing bezpośredni usług własnych administratora danych (w tym profilowanie), rozliczenia finansowe i windykacja, obsługa reklamacyjna, archiwizacja i statystyka, prowadzenie badań naukowych
Podstawy prawne przetwarzania	obowiązek prawny / umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych lub wynajem sprzętu medycznego / nasz uzasadniony interes/ Twoja zgoda
Odbiorcy danych	Podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora danych, podmioty uprawnione przepisami prawa, podmioty upoważnione przez Ciebie
Źródła danych i uzyskiwane dane	Podmiot, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych (dotyczy osób, dla których świadczone są usługi w ramach kontraktów partnerskich), osoba fizyczna, która zawarła umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> • prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, • prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, • prawo do przenoszenia danych, • prawo dostępu do danych, • inne prawa, o których mowa w szczegółowej informacji o przetwarzaniu danych.
Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Rehasport Clinic Sp. z o.o., ul. Górecka 30, 60-201 Poznań, dostępne są na stronie www.rehasport.pl/klauzula-informacyjna i w dziale obsługi Pacjenta Rehasport Clinic Sp. z o.o.	