

....., dnia.....

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie
ul. Niepodległości 8, 44-190 Knurów**

OŚWIADCZENIE PACJENTA O REZYGNACJI Z WIZYTY W PORADNI POZ ORAZ ZGODA NA ODPLATNE ŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/ny, zamieszkała/ty

PESEL oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na o możliwości uzyskania świadczenia medycznego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nieodpłatnie i ustalonym terminie wizyty u lekarza, jak również o możliwości uzyskania tego świadczenia medycznego w innych podmiotach leczniczych, które udzielają świadczeń w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W związku z wyznaczonym terminem wizyty oświadczam, że rezygnuję z tego terminu i wyrażam zgodę na udzielenie mi tego świadczenia za odpłatnością.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Knurowie z siedzibą: 44-190 Knurów, ul. Niepodległości 8. Dane są przetwarzane w celu realizacji niniejszego wniosku, nie będą one przekazywane do państw trzecich. Decyzje o ich przetwarzaniu nie są podejmowane w sposób zautomatyzowany.

Mają Państwo prawo wglądu do swoich danych, ich sprostowania, usunięcia (o ile przepisy prawa nie stanowią inaczej), ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia. W razie stwierdzenia nieprawidłowości w procesie przetwarzania danych mają Państwo prawo wnieść skargę do organu nadzorczego (Urząd Ochrony Danych Osobowych).

Dane kontaktowe:

- Inspektor Ochrony Danych Osobowych: iod@zozknurów.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurów.pl

.....
(czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego)