

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

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

OŚWIADCZENIE PACJENTA O REZYGNACJI Z WIZYTY W POADNII PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ ZGODA NA ODPŁATNE ŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/ny, zamieszkała/ły w.....

PESEL.....oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/ty 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 dokumentu, 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@zozknurow.pl
- Administrator Danych Osobowych: sekretariat@zozknurow.pl

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