

## DROGA RODZINO PACJENTA,

Administratorem Twoich danych osobowych jest **Ośrodek pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach** zwany dalej: „Administratorem”. *Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: ul. Zygmunta Starego 19 c, 44-100 Gliwice lub telefonując pod numer: 32 231-47-75*

Pacjencie posiadasz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.

### O ś w i a d c z e n i e

Imię i nazwisko:.....

Numer i seria dowodu osobistego:.....

Ulica:.....

Kod pocztowy i miejscowość:.....

Telefon kontaktowy:.....

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych potrzebnych do kontaktu ze mną, gdy osoba z mojej rodziny zostanie przyjęta do Ośrodka pod Wezwaniem Świętego Józefa z siedzibą w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 19 c (dalej Ośrodkiem) w związku z upoważnieniem mnie przez Panią .....**do udzielania informacji o stanie jej zdrowia, udostępnieniu dokumentacji medycznej (kserokopii) oraz wydaniu dokumentacji niezbędnej do zorganizowaniu pogrzebu** i w związku z tym dobrowolnie podałem następujące dane osobowe: imię, nazwisko, adres, numer i serii dowodu osobistego, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL-rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, w przypadku gdy pacjentem jest osoba całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody-nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania. Zostałam/em poinformowany, że mam prawo wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi oraz w tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....  
**podpis rodziny pacjenta**

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach, przy ulicy Zygmunta Starego 19 c (jako administratora danych osobowych), **mojego numeru telefonu**, którego przetwarzanie nie jest niezbędne do świadczenia usług medycznych, ale co do których wyrażam zgodę na ich przetwarzanie, w celu usprawnienia procesu świadczenia usług medycznych przez Ośrodek oraz zarządzania udzielaniem tych usług, między innymi w celu kontaktów dotyczących ustalania terminu przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

.....  
**podpis rodziny pacjenta**