

Upoważnienie do reprezentowania małoletniego pacjenta

I. Dane dziecka (pacjenta)

Imię i nazwisko:

Data urodzenia: PESEL:

II. Dane rodzica / opiekuna prawnego (udzielającego upoważnienia)

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: PESEL:

Stopień pokrewieństwa / tytuł prawny:

III. Dane osoby upoważnionej

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy: PESEL:

Stopień pokrewieństwa:

IV. Zakres upoważnienia

- ☐ reprezentowania mojego dziecka podczas wizyt medycznych,
- ☐ uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka,
- ☐ odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka,
- ☐ innych czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

V. Czas obowiązywania upoważnienia

- ☐ jednorazowo - w dniu
- ☐ na czas nieokreślony (do odwołania)
- ☐ inne:

VI. Oświadczenia

Oświadczam, że jestem rodzicem lub prawnym opiekunem małoletniego pacjenta.

Jestem świadomy/a, że niniejsze upoważnienie może zostać odwołane w formie pisemnej.

VII. Podpisy

Miejscowość, data:

Podpis rodzica / opiekuna prawnego:

Podpis osoby upoważnionej (opcjonalnie):

Podpis pracownika przyjmującego:

VIII. Klauzula informacyjna RODO

Administratorem danych osobowych jest Centrum Medyczne Komorniki Sp. z o.o., 62-052 Komorniki. Dane przetwarzane są w celu realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i wniesienia skargi do Prezesa UODO.



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

**Ministerstwo
Zdrowia**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

