

NZOZ Centrum Medyczne, ul Polska 46 d, 42-400 Zawiercie, TEL 32/6702537, 606 760 335

NIP 6491886133 REGON 277595895 Nr umowy z NFZ 125/208669/01/2026

### Oświadczenie

Nazwisko i imię..... Płeć K M

ulica, numer, kod, miejscowość.....

PESEL data urodzenia.....

1. Oświadczam, że WYRAŻAM ZGODĘ na przeprowadzenie badań lub udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, mieszczących się w zakresie świadczeń udzielanych przez PIELEŃNIARSKI w ramach Poradni Pielęgniarka POZ, 42-400 Zawiercie ul Polska 46 d TEL: 032/670 25 37, 600 975 870, 606 760 335 NIP 649 188 61 33, REGON 277595895 Nr umowy z NFZ 125/208669/01/2026

.....

**Data i podpis pacjenta**

2. Oświadczam, że osobą upoważnioną /nieupoważnioną do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby w przypadku śmierci jest

Pani/Pan.....nr tel.....

.....

**Data i podpis pacjenta**

3. Oświadczam, że osobą upoważnioną /nieupoważnioną do informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych, jest

Pani/Pan.....nr tel.....

.....

**Data i podpis pacjenta**

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z RODO

Ja, niżej podpisany/a.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie usług pielęgniarki środowiskowo rodzinnej i położnej środowiskowo rodzinnej prze PIELEŃNIARSKI w ramach Poradni Pielęgniarka POZ, 42-400 Zawiercie ul Polska 46 d TEL: 032/670 25 37, 600 975 870, 606 760 335 NIP 649 188 61 33 REGON 277595895 Nr umowy z NFZ 125/208669/01/2026

- Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
- Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

**Data, miejsce, podpis osoby wyrażającej zgodę.....**