



X – Rehab
Poznańskie Centrum
Rehabilitacji

KARTA PACJENTA

Dane pacjenta

Dane rodzica/ opiekuna prawnego¹ (jeśli dotyczy)

Imię:

Imię:

Nazwisko:

Nazwisko:

PESEL:

Imię:

Telefon:

Nazwisko:

e-mail²:

Adres zamieszkania:



X – Rehab
Poznańskie Centrum
Rehabilitacji

KARTA PACJENTA

1. Oświadczam, że się zapoznałem(łam) z regulaminem korzystania z usług X-Rehab Poznańskim Centrum Rehabilitacji

☐ TAK

☐ NIE

2. Oświadczam, że zapoznałem się z listą przeciwwskazań do rehabilitacji.

☐ TAK

☐ NIE

3. Dane osobowe (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania) zawarte w niniejszej umowie są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018r. (Dz. U. z 2018r., poz. 100 z późn. zm.) w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych w celu wykonania umowy. Przetwarzanie danych jest niezbędne do wykonania umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych (numer telefonu, e-mail) do celów marketingowych (do celów przekazywania informacji w tym informacji handlowych drogą mailową i za pomocą wiadomości SMS, informacji o ciekawych wydarzeniach, spotkaniach prozdrowotnych, specjalnych okazjach i nowościach). Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie cofnięte. Brak zgody nie wyklucza zawarcia umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych.

Mail:

☐ TAK

☐ NIE

SMS

☐ TAK

☐ NIE

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. informujemy, iż: Administratorem Pani/ Pana danych osobowych jest P.H.U. Technomex Sp. z o.o. z siedzibą w Gliwicach przy ulicy szparagowej 15, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000127793 NIP 6310000138. Podane dane będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przez okres 20 lat (lub 22 w przypadku dzieci do 2 roku życia) licząc od końca roku kalendarzowego w którym dokonano ostatniego wpisu, z zastrzeżeniem wyjątków wskazanych w ustawie. Ma Pan/Pani prawo żądać od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania przeniesienia danych, a także prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

¹ Jeśli dane uzupełnia rodzic(w przypadku pacjentów do 18 r.ż.) lub opiekun prawny, prosimy o podanie e-mail i nr telefonu do osoby wypełniającej kartę.

5. Skąd Pani/Pan uzyskali informację o naszym Centrum Rehabilitacji?

.....

.....
Data i czytelny podpis osoby wypełniającej kartę