

ZGODA PACJENTA NA DOSTĘP DO SYSTEMU ON-LINE ORAZ KOMUNIKACJĘ Z CENTRUM MEDYCZNYM ENEL-MED

POTWIERDZAM POPRAWNOŚĆ PONIŻSZYCH DANYCH (proszę wypełnić drukowanymi literami):

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

PESEL (jeżeli brak, data urodzenia):

TELEFON KOMÓRKOWY*: E-MAIL*:

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

TAK NIE **UZYSKANIE DOSTĘPU DO SYSTEMU ON-LINE****

co będzie wiązało się z przetwarzaniem przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. moich danych osobowych, w celu uzyskania i utrzymania dostępu do systemu ENEL-MED on-line, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.

TAK NIE konto podpięte do konta przedstawiciela ustawowego będącego Pacjentem z dostępem do wersji pełnej Systemu***:

Jeżeli TAK: Imię i nazwisko, PESEL przedstawiciela ustawowego:

TAK NIE **PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

Przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa w celach marketingowych podmiotów z Grupy ENEL-MED.

TAK NIE **PRZESYŁANIE INFORMACJI HANDLOWYCH ZA POMOCĄ ŚRODKÓW KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ**

Przesyłanie przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa informacji handlowych dotyczących działalności podmiotów z Grupy ENEL-MED oraz oferowanych przez podmioty z Grupy ENEL-MED produktów i usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej (adres e-mail) oraz komunikatów SMS/MMS, co wiąże się z używaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem.

TAK NIE **PRZEKAZYWANIE TREŚCI MARKETINGOWYCH ZA POMOCĄ TELEFONU**

Używanie przez Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, których jestem użytkownikiem oraz automatycznych systemów wywołujących w celu marketingu bezpośredniego podmiotów z Grupy ENEL-MED.

Data, czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego***

* W przypadku, gdy pacjent jest osobą małoletnią, całkowicie ubezwłasnowolnioną lub niezdolną do świadomego wyrażenia zgody, należy wpisać numer telefonu i e-mail przedstawiciela ustawowego

** Wymagane wyrażenie zgody

*** Dotyczy przypadków, gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody.

Podpisując oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym pacjenta – rodzicem/opiekunem prawnym.

Zgodę można wycofać w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność działań podjętych przed jej wycofaniem. Centrum Medyczne ENEL-MED S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524 (00-195 Warszawa)(ENEL-MED), jako Administrator danych informuje, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu uzyskania i utrzymania dostępu do systemu ENEL-MED on-line, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej oraz zgodnie z wyrażonymi zgodami prowadzenia działań marketingowych związanych z działalnością Grupy ENEL-MED. Szczegółowe informacje dotyczące przysługujących praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych oraz pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się w Polityce prywatności dostępnej na stronie www.enel.pl i w oddziałach CM ENEL-MED. Prosimy o zapoznanie się z jej treścią.

czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie i weryfikującej tożsamość

enel-med