

Oświadczenie

Ja,
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na leczenie dziecka
PESEL dziecka
w Szpitalu Rehabilitacyjnym Hematologicznym dla dzieci „Orlik” w Kudowie - Zdroju
w okresie od do.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz dziecka przez Spółkę Sanatoria Dolnośląskie sp. z o. o. w zakresie niezbędnym dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych i hotelowych oraz rozliczania świadczonych usług, udostępniania danych medycznych, archiwizacji danych i kontaktu.

Wyrażam zgodę* na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka oraz wykorzystanie tego wizerunku w celach promocji Spółki i jej działalności przez publikowanie zdjęć na portalu Facebook oraz stronie internetowej. Wylącznym Administratorem profilu Facebook oraz strony internetowej jest Spółka Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o.

*(Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 288.)

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

2. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka oraz udzielonych świadczeń zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

2. Imię i nazwisko:.....
adres:
tel.

