Radius Medicine
ul.Stefczyka 19
05-091 Ząbki
+48 221 730 541

Upoważnienie/Odmowa upoważnienia Pacjenta do uzyskiwania informacji/udostępnienia dokumentacji medycznej

Imię i nazwisko

Data urodzenia/PESEL

Dostęp do dokumentacji medycznej, uzyskiwanie informacji o stanie zdrowia oraz świadczeniach jakie zostały udzielone Pacjentowi

☐ Upoważniam ☐ Nie upoważniam

Panią/Pana

Data urodzenia/PESEL

Nr telefonu/e-mail

Upoważnienie odtyczy świadczeń udzielonych przez MJFF 1 sp. z o.o. ul Górskiego 9, 00-033 Warszawa, NIP 5253001009; Regon: 528440606.
Administratorem dnaych osobowych jest MJFF 1 sp. z o.o., który przetwarza dane w zakresie Twojego imienia, nazwiska, numeru PESEL (lub daty urodzenia) oraz jeśli ma to zastosowanie nr telefonu i adresu e – mail - w ramach realizacji oświadczenia pacjenta o upoważnieniu/odmowie upoważnienia.

Podstawa prawna: ustawa o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Data i podpis osoby przyjmującej upoważnienie

Data i podpis osoby składającej upoważnienie