



Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisany/a **(imię i nazwisko Pacjenta lub opiekuna prawnego Pacjenta)** **wyrażam zgodę:**

**zaznacz
właściwe**

- na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z usługą realizowaną w Centrum Terapeutycznym Max Hemp,
- na kontakt e-mail lub telefoniczny niezbędny do realizacji zamówionej usługi w Centrum Terapeutycznym Max Hemp,
- **[TAK] / [NIE]** na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych do czasu odwołania tej zgody.

Zostałem/am poinformowany/a, że Administratorem moich danych osobowych jest **Max Hemp sp. z o.o.** Jędrzychowice 25, 57-120 Wiązów, prowadząca działalność gospodarczą jako **Centrum Terapeutyczne Max Hemp** ul. Borowska 242, 50-558 Wrocław, z którym można kontaktować się listownie, na wskazany powyżej adres, przez e-mail: iodo@maxhemp.pl lub telefonicznie pod numer 71 307 10 10.

Zostałem/am poinformowany/a, iż dane szczególnych kategorii, w tym dane dotyczące zdrowia lub dane dotyczące członków mojej rodziny przekazane w związku ze zleconą usługą, chronione są szczególnie.

Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do:

- żądania dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania
- wycofania zgody na przetwarzanie danych
- wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych osobowych

DANE PACJENTA; *prosimy wypełnić drukowanymi literami:*

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Numer telefonu komórkowego: +48

Adres zamieszkania: *ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość*

PESEL: *w przypadku małoletniego Pacjenta, należy podać numery PESEL Pacjenta i opiekuna (!)*

Osoba upoważniona do zasięgania informacji (imię, nazwisko, numer telefonu):

pozycja obowiązkowa w przypadku wizyty "w imieniu Pacjenta"

Dodatkowo upoważniam w/w osobę do:

- Dostępu do mojej dokumentacji medycznej
- Odbioru recept/zaświadczeń w moim imieniu

*Podpis PACJENTA
lub opiekuna prawnego*

.....

Data i podpis Pacjenta

Centrum Terapeutyczne Max Hemp

ul. Borowska 242
50-558 Wrocław
tel. +48 71 307 10 10

centrum@maxhemp.pl
www.centrum.maxhemp.pl

Max Hemp Sp. z o.o.
ul. Jędrzychowice 25
57-120 Wiązów

NIP: 914 156 66 59
REGON: 366646359
KRS: 000065469

Kapitał: 100 000 (włacony 100 000 zł)
PKO Bank Polski PLN: 50 1020 5242 0000 2202 0387 3064
Kod BIC (Swift): BPKOPLPW