



Miejscowość....., data:

Ja, niżej podpisana/y:

1. **IMIĘ I NAZWISKO**.....
2. **PESEL**.....
3. **TELEFON KONTAKTOWY**.....
4. **ADRES E-MAIL**.....

Jeżeli oświadczenie wypełnia przedstawiciel ustawowy należy podać także dane małoletniego Pacjenta:

1. **IMIĘ I NAZWISKO**.....
2. **PESEL**

ZGODA NA KONTAKT MARKETINGOWY

(PRZYPOMNIENIE O WIZYCIE, ZMIANA GRAFIKU, ODWOŁANIE, PROMOCJE, KONKURSY)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Grupy Kapitałowej CMP dalej zwanej jako CMP**, informacji o zbliżającym się terminie wizyt w Oddziałach CMP za pomocą kontaktu SMS, której celem jest w szczególności przypomnienie o zbliżającym się terminie oraz o ewentualnej możliwości odwołania wizyty. Podanie danych jest dobrowolne.

- Wyrażam zgodę *
- Nie wyrażam zgody *

.....
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Grupy Kapitałowej CMP dalej zwanej jako CMP**, komunikacji marketingowej, w tym na wykonywanie marketingu bezpośredniego przy użyciu urządzeń końcowych (takich jak telefony komórkowe i stacjonarne, tablety, komputery) oraz automatycznych systemów wywołujących, na podany przeze mnie numer telefonu oraz adres email. Cel marketingowy obejmuje przesyłanie newslettera, informacji o wydarzeniach, konkursach, promocjach, komunikatów marketingowych dotyczących usług i produktów CMP.

Podanie danych jest dobrowolne.

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany numer telefonu *
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany adres e-mail *
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie treści marketingowych na wskazany numer telefonu oraz adres e-mail *
- Nie wyrażam zgody na otrzymywanie treści marketingowych *

.....
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)



OŚWIADCZENIA PACJENTA

Upoważnienie osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia Pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych

Nie upoważniam nikogo do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych *

Osobą upoważnioną do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych jest *:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....
2. PESEL.....
3. TELEFON KONTAKTOWY

.....
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

Upoważnienie dotyczące dokumentacji medycznej

Nie upoważniam nikogo do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej *

Osobą upoważnioną do udostępnienia mojej dokumentacji medycznej jest *:

1. IMIĘ I NAZWISKO.....
2. PESEL.....
3. TELEFON KONTAKTOWY

.....
(Czytelny podpis składającego oświadczenie)

Legenda:

* podanie danych jest dobrowolne

**W skład Grupy Kapitałowej CMP wchodzi następujące Spółki:

- Centrum Medyczne Puławska sp. z o.o. z siedzibą w Piasecznie, ul. Puławska 49, 05-500 Piaseczno, nr KRS: 000015758;
- CMP Inwest sp. z o.o. z siedzibą w Piasecznie, ul. Puławska 49, 05-500 Piaseczno, nr KRS: 000059872;
- Centrum Medyczne Puławska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie, ul. Ciszewskiego 15, 02-772 Warszawa, nr KRS: 0000390182 ;
- MTL Centrum Medyczne Puławska spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa z siedzibą w Piasecznie, ul. Puławska 49, 05-500 Piaseczno, nr KRS: 0000667163

oraz spółki powstałe w przyszłości.