

DANE KLINIKI

MEDICUS CLINIC sp. z o.o.
Medicus Clinic sp. z o.o.
Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk
Kod res. cz. I: 000000011736 Kod res. cz. V: 01
REGON: 529786666 NIP: 8393250317
Tel. 887770779 887770779
rejestracja@medicus.slupsk.pl
<https://www.medicus.slupsk.pl>

DANE PACJENTA

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko:
PESEL:
wiek

Na podstawie art. 23 ust. 1 i art. 2 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 133, poz. 883) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez MEDICUS CLINIC sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk w celach związanych z działalnością MEDICUS CLINIC sp. z o.o. Oświadczam, że posiadam wiedzę o przysługującym mi prawie do kontrolowania oraz przetwarzania swoich danych osobowych oraz żądania uzupełnienia, uaktualnienia, prostowania oraz usunięcia tych danych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez MEDICUS CLINIC sp. z o.o. w celach promocji i marketingu działalności prowadzonej przez MEDICUS CLINIC sp. z o.o. (w tym świadczonych usług oraz oferowanych produktów) w systemach informatycznych, kartotekach, skorowidzach, księgach, wykazach i innych zbiorach ewidencyjnych w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz.U. Nr 133, poz. 833)

☐ WYRAŻAM ZGODĘ (zaznacz znakiem 'X')

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002 r. (Dz.U. Nr 144 poz. 1204).

☐ WYRAŻAM ZGODĘ (zaznacz znakiem 'X')

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi informacji drogą elektroniczną za pośrednictwem wiadomości sms.

☐ WYRAŻAM ZGODĘ (zaznacz znakiem 'X')

2026-03-11, godz. 16:51,
podpis pacjenta

MEDICUS *clinic*