

Souhlas pacienta se zpracováním osobních údajů

(Samoplátce)

Pacient

Jméno/příjmení: Zákonný zástupce (pouze u dětí):

Datum narození: Datum narození:

Tel:

(V případě dítěte nutno vyplnit i údaje zákonného zástupce.)

Prohlašuji, že souhlasím se zpracováním svých osobních (citlivých údajů) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb ve společnosti IFCOR-KLINICKÉ LABORATOŘE, s.r.o. Prohlašuji, že jsem byl/a řádně seznámen/a se zpracováním svých osobních údajů vyplývajících z NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, v platném znění (dále jen „Nařízení“).

A/ POŽADUJI ZASLAT VÝSLEDEK E-MAILEM: ANO ☐ NE ☐

E-mail: Heslo:

B/ POŽADUJI VÝSLEDEK V PAPIROVÉ PODOBĚ: ANO ☐ NE ☐

Vyzvednutí výsledku: Viniční ☐ Dobrovského ☐

V Dne:

Podpis pacienta: