



UNIDENT
UNION

Dane pacjenta

Nazwisko: _____

Imię: _____

Pesel: _____

Data: _____

Klauzula zgody do dokumentacji medycznej

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Iwonę Gnach - Olejniczak, Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław, moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu, Wywiadzie lekarskim oraz Karcie Pacjenta w celu świadczenia usług z zakresu medycyny estetycznej niewchodzących w zakres działalności leczniczej.”

Czytelny podpis Pacjenta

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Iwonę Gnach - Olejniczak, Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław, moich danych osobowych zawartych w Wywiadzie lekarskim oraz Karcie Pacjenta, w tym na podstawie art. 172 ustawy z dnia 16 lipca 2004 Prawo telekomunikacyjne, w celach marketingowych, jak i profilowania w celach marketingowych i oświadczam, iż podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne oraz, iż zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach, w tym prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych”.

Czytelny podpis Pacjenta



UNIDENT UNION

„Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji handlowej oraz przetwarzania tego adresu w bazie danych na zasadach określonych w art. 10 ust. 1 z dnia 18 lipca 2002 roku o świadczeniu usług drogą elektroniczną przez Iwonę Gnach - Olejniczak, Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław i oświadczam, iż zostałem poinformowany o przysługujących mi uprawnieniach, w tym prawie dostępu do treści swoich danych, prawie ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych.”

Czytelny podpis Pacjenta

Klauzula zgody na wykorzystanie wizerunku pacjenta.

„Wyrażam zgodę na bezpłatne wykorzystywanie przez Iwonę Gnach - Olejniczak, Unident Union II&IF Aesthetica Iwona Gnach Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu, adres: al. Jana Kochanowskiego nr 20 lok. C 20, 51-601 Wrocław, mojego wizerunku utrwalonego na:

- zdjęciach RTG,
- zdjęciach fotograficznych jamy ustnej,
- zdjęciach fotograficznych twarzy przed leczeniem, w trakcie leczenia oraz po leczeniu, znajdujących się w dokumentacji medycznej oraz okazania innym pacjentom i klientom Kliniki w celu przedstawienia przypadku oraz postępów w leczeniu podczas konsultacji i wizyt kontrolnych.

Zgoda jest nieograniczona czasowo ani terytorialnie. Udzielenie niniejszej zgody jest dobrowolne a brak zgody nie wiąże się z żadnymi negatywnymi konsekwencjami, a zwłaszcza nie jest warunkiem świadczenia usług. Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany o przysługującym mi prawie do cofnięcia zgody na wykorzystanie mojego wizerunku.”

Czytelny podpis Pacjenta