

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO OPIEKI MEDYCZNEJ

## 1. WARUNKI UMOWY

### 1.1 TERMIN URUCHOMIENIA UMOWY

Termin uruchomienia umowy   /   /

### 1.2 CZAS TRWANIA UMOWY

Czas trwania umowy 12 miesięcy

### 1.3 OSOBY UPRAWNIONE, NAZWA PAKIETU

Składniki Umowy	Imie i nazwisko	Nazwa pakietu
Uprawniony 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawniony 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawniony 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawniony 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawniony 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uprawniony 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. PRACOWNIK

### 2.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko

Imię  Płeć:

Obywatelstwo  Data ur.:   /   /

Nr paszportu  PESEL:

Tylko obcokrajowcy

### 2.2 ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica  Nr dom/lok.  /

Miejscowość  Kod pocztowy:  -

### 2.3 ADRES DO KORESPONDENCJI

(prosimy wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica  Nr dom/lok.  /

Miejscowość  Kod pocztowy:  -

### 2.4 DANE KONTAKTOWE

Telefon

e-mail

## 3. UPRAWNIONY 1

Czy Klient jest równocześnie Uprawnionym?

## 4. UPRAWNIONY 2

#### 4.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko	<input type="text"/>																											
Imię	<input type="text"/>														Płeć:	<input type="text" value="K"/>	<input type="text" value="M"/>											
Obywatelstwo	<input type="text"/>														Data ur.:	<input type="text" value="DD"/>	/	<input type="text" value="MM"/>	/	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>						
Nr paszportu	<input type="text"/>														PESEL:	<input type="text"/>												
<small>Tylko obcokrajowcy</small>															<small>Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL/paszp. podać dane matki</small>													

#### 4.2 DANE KONTAKTOWE

Telefon	<input type="text"/>																											
e-mail	<input type="text"/>																											

### 5. UPRAWNIONY 3

#### 5.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko	<input type="text"/>																											
Imię	<input type="text"/>														Płeć:	<input type="text" value="K"/>	<input type="text" value="M"/>											
Obywatelstwo	<input type="text"/>														Data ur.:	<input type="text" value="DD"/>	/	<input type="text" value="MM"/>	/	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>						
Nr paszportu	<input type="text"/>														PESEL:	<input type="text"/>												
<small>Tylko obcokrajowcy</small>															<small>Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL/paszp. podać dane matki</small>													

#### 5.2 DANE KONTAKTOWE

Telefon	<input type="text"/>																											
e-mail	<input type="text"/>																											

### 6. UPRAWNIONY 4

#### 6.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko	<input type="text"/>																											
Imię	<input type="text"/>														Płeć:	<input type="text" value="K"/>	<input type="text" value="M"/>											
Obywatelstwo	<input type="text"/>														Data ur.:	<input type="text" value="DD"/>	/	<input type="text" value="MM"/>	/	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>	<input type="text" value="RR"/>						
Nr paszportu	<input type="text"/>														PESEL:	<input type="text"/>												
<small>Tylko obcokrajowcy</small>															<small>Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL/paszp. podać dane matki</small>													

#### 6.2 DANE KONTAKTOWE

Telefon	<input type="text"/>																											
e-mail	<input type="text"/>																											

### 7. UPRAWNIONY 5

#### 7.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko	<input type="text"/>																											
----------	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię

Obywatelstwo

Nr paszportu

Tylko obcokrajowcy

Płeć:

Data ur.:   /   /

PESEL:

Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL/paszp. podać dane matki

## 7.2 DANE KONTAKTOWE

Telefon

e-mail

## 8. UPRAWNIONY 6

### 8.1 DANE OSOBOWE

Nazwisko

Imię

Płeć:

Obywatelstwo

Data ur.:   /   /

Nr paszportu

PESEL:

Tylko obcokrajowcy

Jeżeli dziecko nie posiada numeru PESEL/paszp. podać dane matki

### 8.2 DANE KONTAKTOWE

Telefon

e-mail

## 9. OŚWIADCZENIA PRACOWNIKA

### 9.1 KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 6 ust. 1 punkt b RODO zbierane są powyższe dane w celu zawarcia umowy sprzedaży pakietów medycznych. Dane będą przechowywane w czasie realizacji powyższego celu.

Administratorem danych osobowych jest Pracodawca: ITAXI.PL SPÓŁKA AKCYJNA oraz Centrum Medycyny Puławska Sp. z o.o. z siedzibą w Piasecznie (05-500) przy ul. Puławskiej 49 wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000157758, NIP: 1230955789, REGON: 017495161 Pracownik jest zobowiązany do poinformowania osób trzecich, których dane zostały podane jako Osób Uprawnionych wskazanych w punkcie 3-8 punktu, o treści niniejszej klauzuli.

Informujemy, że pozyskane dane osobowe mogą być powierzone dla realizacji powyższego celu do innych podmiotów współpracujących z Administratorem Danych Osobowych. Dane gromadzone są na podstawie niniejszej umowy oraz nie będą poddawane profilowaniu. Podanie danych jest wymagane do zawarcia umowy.

Informujemy o prawie dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawie do przenoszenia danych, prawie do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania. Wycofanie na przetwarzanie danych osobowych następuje poprzez wysłanie maila na adres: [iodo@cmp.med.pl](mailto:iodo@cmp.med.pl) lub wysłanie listu na adres zgodny z adresem rejestrowym. Inspektorem Ochrony Danych jest Karolina Sybilska e-mail: [iodo@cmp.med.pl](mailto:iodo@cmp.med.pl).

Informujemy o prawie wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych w przypadku stwierdzenia, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepis ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016.

### 9.2 OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Oświadczam, że posiadam zgodę Osób Uprawnionych na przekazanie ich danych w zakresie imienia, nazwiska oraz numeru PESEL (w przypadku cudzoziemców numeru paszportu) w celu zakupienia na ich rzecz Pakietu Opieki Medycznej.

T

### 9.3 ZGODY MARKETINGOWE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych tj. adres e-mail oraz numer telefonu w celu kontaktowym przy realizacji umowy głównej. Oświadczam, iż zostałem poinformowany o treści klauzuli informacyjnej.

T  N

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych Osobowych w celu otrzymywania informacji marketingowych w tym wiadomości typu newsletter oraz informacji handlowych drogą elektroniczną. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu otrzymania newslettera. Dane będą gromadzone do czasu odwołania zgody. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią klauzuli dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

T N

#### 9.4 PODPIS PRACOWNIKA

Data wypełnienia wniosku:

/   /

podpis pracownika

\*Centrum Medyczne Puławska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K; NZOZ COR-MED. Sp. z o. o.; Mariańska Sp. z o.o.; Józefosław Centrum Medyczne Puławska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K; MTL Centrum Medyczne Puławska Sp. z ograniczoną odpowiedzialnością Sp. K.; Akamedik Servies Sp. z o.o.