

Specjalistyczny Gabinet Ginekologiczno-Położniczy  
Paweł Romanek  
ul. B. Głowackiego 4 lok. 10  
30-085 Kraków

## **OŚWIADCZENIE I UPOWAŻNIENIE**

Ja, niżej podpisana

.....

*(imię i nazwisko)*

Numer PESEL: .....

1. Oświadczam, że zostałam poinformowana o zasadach prowadzenia przez Specjalistyczny Gabinet Ginekologiczno-Położniczy polityki ochrony danych osobowych, które udostępnione są w siedzibie Gabinetu w pomieszczeniu poczekalni oraz na stronie [www.pawelromanek.pl](http://www.pawelromanek.pl) w zakładce „Ochrona Danych”.

2. Upoważniam/Nie upoważniam nikogo\*:

.....

*(Imię, nazwisko oraz dane umożliwiające kontakt z osobą upoważnioną)*

- do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielonych mi świadczeń zdrowotnych\*
- do uzyskiwania dokumentacji medycznej\*

\*- niepotrzebne skreślić

Kraków .....

*(Data i podpis pacjentki)*