

Karta rejestracji pacjenta

ul. Broniewskiego 3, 01-785 Warszawa, +48 22 2739000, E: kontakt@cmgamma.pl, www.cmgamma.pl

Imię

Nazwisko

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Data urodzenia Pesel:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Oddział wojewódzki NFZ

Nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Adres do korespondencji

Telefon kontaktowy

Adres e-mail

Nazwa płatnika

Adres płatnika

NIP płatnika

Administratorem podanych danych jest Centrum Medyczne Gamma spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (01-785) przy ul. Władysława Broniewskiego 3, dalej „CM Gamma”. Dane osobowe będą przetwarzane przez CM Gamma w celach związanych ze świadczeniem usług medycznych. Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez CM Gamma znajdą Państwo w recepcji oraz na stronie www.cmgamma.pl.

Wyrażam zgodę na przesyłanie mi przez Centrum Medyczne Gamma spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (01-785) przy ul. Władysława Broniewskiego 3, informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności za pomocą poczty elektronicznej, a także telefonicznie (wiadomości SMS) zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002, nr 144, poz. 1204 z późn. zm.).

Tak

Nie

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego