

***Wniosek o założenie konta
w serwisie ePacjent***

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL pacjenta:

Adres e-mail :

Proszę o założenie konta z serwisie ePacjent Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu*

.....
Data

.....
podpis

*korzystanie z serwisu pozwala na autoryzowany dostęp do danych pacjenta w zakresie historii zdrowia i choroby, kart informacyjnych, wyników badań, miejsca na liście oczekujących oraz rejestracji, poprzez stronę internetową <https://przychodnia-wisnicz.pl>. Przed rozpoczęciem korzystania z serwisu zalecane jest zapoznanie się z regulaminem, który dostępny jest na stronie internetowej SPG ZOZ w Nowym Wiśniczu . Rozpoczęcie korzystania z serwisu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka / małoletniego przez Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Wiśniczu, dla potrzeb serwisu ePacjent, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że dane osobowe mojego dziecka / małoletniego, zamieszczone w serwisie, przetwarzane są w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia oraz o prawie wglądu do tych danych osobowych i prawie ich poprawiania**, zgodnie z przepisami w/w ustawy.

** nie dotyczy poprawiania danych medycznych zawartych w udostępnionej w serwisie ePacjent dokumentacji.

.....
Data

.....
podpis