



Samodzielny Publiczny Gminny Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Nowym Wiśniczu  
ul. Podzamcze 4, 32-720 Nowy Wiśnicz

## ***Wniosek o założenie konta w serwisie ePacjent (dla pacjentów do 18 roku życia)***

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  
przedstawiciela ustawowego małoletniego

*\*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 Rozporządzenie parlamentu europejskiego i rady (ue) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

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 przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do P/P danych, sprostowania danych, usunięcia danych ( w przewidzianym w prawie zakresie ), ograniczeniem przetwarzanych danych, wniesienie sprzeciwu wobec przetwarzanych P/P danych osobowych, przenoszenia danych osobowych. Zostałam poinformowana(y), że podanie przez mnie danych osobowych przetwarzanych w tym celu jest dobrowolne Jeśli udzieliłeś zgody na przetwarzanie danych możesz ją w każdej chwili wycofać.

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

.....  
Data

.....  
podpis  
przedstawiciela ustawowego małoletniego



PROGRAM  
REGIONALNY  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Małopolska

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO

