



KARTA ZABIEGOWA

IMIĘ I NAZWISKO: _____

ADRES: _____

DATA URODZENIA: _____

TELEFON/E-MAIL: _____

Niniejsza ankieta dotyczy kwestii związanych z Państwa zdrowiem. Ma na celu uzyskanie informacji, które pozwala na bezpieczne przeprowadzenie zabiegów z wykorzystaniem Fali Radiowej w naszym gabinecie. Dokument jest poufny. Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania zaznaczając odpowiednie pole.

Przeciwwskazania do wykonania zabiegu:

	TAK	NIE
Czy ma Pani/Pan opryszczkę w części ciała, gdzie wykonywany będzie zabieg?		

Oświadczam, że udzielone przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów rejestracji w bazie danych Gabinetu, zgodnie z wymogami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (RODO) oraz ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000), ze szczególnym uwzględnieniem ochrony danych o stanie zdrowia. W przypadku podania adresu e-mail w niniejszej ankiecie wyrażam zgodę na otrzymywanie materiałów informacyjnych, handlowych i reklamowych drogą elektroniczną zgodnie z Ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18.07.2002 r. (Dz. U. 2002 nr 144, poz. 1204) oraz RODO (art. 6 ust. 1 lit. a). Przysługuje Pani/Panu prawo do wglądu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Data

Czytelny podpis klienta

Czytelny podpis pracownika

.....

.....

.....

