



Заполните, пожалуйста, в латинском алфавите

Karta rejestracji pacjenta - Регистрационная карточка пациента

ID Pacjenta

1 Dane osobowe - персональные данные (заполните, пожалуйста, в латинском алфавите)

Imię - имя Nazwisko - фамилия

Płeć - пол K женщина M мужчина Data urodzenia Дата рождения PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości идентификационный док. Dowód osobisty - ID Paszport - паспорт Inny (podać jaki) Другой (какой?)

Seria i numer dokumentu tożsamości номер идентификационного док-та Obywatelstwo - гражданство

Oddział wojewódzki NFZ (jeśli dotyczy) Отделение польского фонда здравоохранения (если это применимо)

2 Dane kontaktowe - Контактная информация (заполните, пожалуйста, в латинском алфавите)

Adres zamieszkania - Адрес проживания

Ulica - улица Nr domu - номер дома Nr lokalu - нр квартиры

Kod pocztowy - почтовый индекс Miejscowość - город Kraj - страна

Adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej) - Почтовый адрес (если отличается от указанного выше)

Ulica - улица Nr domu - номер дома Nr lokalu - нр квартиры

Kod pocztowy - почтовый индекс Miejscowość - город Kraj - страна

Dane kontaktowe - Контактная информация

Nr tel. kom. - номер мобильного телефона Nr telefonu stacjonarnego - номер телефона

Adres e-mail - адрес электронной почты

4 Płatnik – платательщик, например страховщик (заполните, пожалуйста, в латинском алфавите)

Nazwa płatnika Имя плательщика Numer NIP płatnika Налоговый номер плательщика

Ulica - улица Nr domu - номер дома Nr lokalu - нр квартиры

Kod pocztowy - почтовый индекс Miejscowość - город Kraj - страна

TAK/ДА NIE/НЕТ

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Sport Medica S.A. i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych::

Я даю согласие на получение маркетинговых сообщений от Sport Medica S.A. и других лиц LUX MED Group, целью которого является, в частности, продвижение услуг и товаров, предлагаемых этими организациями, информирование о событиях, связанных с их деятельностью, и пропаганда здорового образа жизни с использованием моих данных::

Data - дата

TAK/ДА NIE/НЕТ

adres e-mail (адрес электронной почты)

TAK/ДА NIE/НЕТ

numer telefonu (номер телефона)

TAK/ДА NIE/НЕТ

Wyrażam wobec Sport Medica S.A. oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług w/w podmiotów.

Я даю согласие Sport Medica S.A. и другим организациям из группы LUX MED на обработку моих персональных данных в маркетинговых целях (в том числе через профилирование), полученных при заказе или использовании услуг этих организаций или оставленных мной в их контактных формах. Это согласие распространяется на все данные, относящиеся ко мне, включая информацию о том, как я пользуюсь услугами этих организаций.

Podpis osoby składającej oświadczenie
Четкая подпись лица, подавшего
заявление



Заполните, пожалуйста, в латинском алфавите

Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu / odmowie upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej

Заявление пациента разрешить / отказать разрешению на получение информации о состоянии здоровья и медицинской документации

Pacjenta - пациент Przedstawiciela Ustawowego - законный представитель пациента *

Ja, niżej podpisany / Я, нижеподписавшийся

Imię - имя Nazwisko - фамилия

legitymujący się dokumentem tożsamości / владелец документа, удостоверяющего личность dowód osobisty - ID Paszport - паспорт seria - серия numer - номер

PESEL data urodzenia - дата рождения

Imię i nazwisko dziecka - имя и фамилия ребенка **

PESEL dziecka** data urodzenia dziecka - дата рождения ребенка **

Oświadczam, że do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia / Я заявляю, что для получения информации о состоянии здоровья моем / моего ребенка и о предоставляемых медицинских услугах:

nie upoważniam nikogo - никого не разрешаю * upoważniam Panią/Pana - разрешаю господин / госпожа *

Imię - имя Nazwisko - фамилия

legitymującego się dokumentem tożsamości / владельца документа, удостоверяющего личность dowód osobisty - ID* Paszport - паспорт * seria - серия numer - номер

PESEL data urodzenia - дата рождения

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną - Я публикую контакт с лицом уполномоченным:

Ulica - улица Nr domu - номер дома Nr lokalu - нр квартиры

Kod pocztowy - почтовый индекс Miejscowość - город Kraj - страна

Nr telefonu - номер телефона

Oświadczam, że do uzyskiwania dokumentacji medycznej (w tym wyników badań):

Я заявляю, что для получения медицинской документации (включая результаты тестирования):

nie upoważniam nikogo - никого не разрешаю * upoważniam Panią/Pana - разрешаю господин / госпожа *

Imię - имя Nazwisko - фамилия

legitymującego się dokumentem tożsamości / владельца документа, удостоверяющего личность dowód osobisty - ID* Paszport - паспорт * seria - серия numer - номер

PESEL data urodzenia - дата рождения

Udostępniam także kontakt z niniejszą osobą upoważnioną - Я публикую контакт с лицом уполномоченным:

Ulica - улица Nr domu - номер дома Nr lokalu - нр квартиры

Kod pocztowy - почтовый индекс Miejscowość - город Kraj - страна

Nr telefonu - номер телефона

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, iż wszelkie informacje o stanie zdrowia, udzielanych świadczeniach medycznych oraz dokumentacja medyczna udostępniane są pacjentowi, przedstawicielowi ustawowemu oraz osobom przez niego upoważnionym. Brak upoważnienia uniemożliwi powyższe czynności.

Я заявляю, что мне сообщили, что информация о состоянии здоровья, медицинских услугах и медицинской документации предоставляется пациенту, официальному представителю и уполномоченным им лицам. Отсутствие авторизации предотвратит вышеуказанные действия.

Data - дата

Podpis Upoważniającego
Четкая подпись лица, подавшего
заявление

Data - дата

Podpis Przyjmującego oświadczenie
Подпись лица, принимающего
заявление

W przypadku osoby małoletniej, która ukończyła 16 rok życia oświadczenie winno być podpisane zarówno przez pacjenta jak i jego przedstawiciela ustawowego.

В случае несовершеннолетнего, которому исполнилось 16 лет, заявление должно быть подписано как пациентом, так и его законным представителем.

(*) Proszę zaznaczyć właściwe. - Выберите подходящий

(**) Proszę wypełnić jeżeli dotyczy - Заполните, если применимо