

Dane Osoby Uprawnionej Główniej

Nazwisko i imię:

PESEL:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Dane członków rodziny Osoby Uprawnionej Główniej*

1.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną***:

2.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną***:

3.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną***:

4.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną***:

* - o ile dotyczy

** - w przypadku dziecka nie posiadającego nr PESEL, wpisać PESEL matki

*** - opieką medyczną mogą być objęci wyłącznie: partner Osoby Uprawnionej Główniej pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym (Współmałżonek, Konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne przysposobione lub przyjęte na wychowanie dzieci Osoby Uprawnionej Główniej i/lub Współmałżonka lub Konkubenta/Konkubiny, zamieszkujące na stałe w gospodarstwie domowym Osoby Uprawnionej Główniej i będące na jego utrzymaniu - do 25 roku życia

1. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) Medicover Sp. z o. o., al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych bądź uzyskanych w celu wykonania świadczenia usług medycznych. Osobowe będą przetwarzane w celu marketingu usług Administratora Danych Osobowych, archiwalno-statystycznym oraz udostępniane w celu świadczenia usług medycznych
2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu marketingu usług Administratora Danych Osobowych, archiwalno-statystycznym oraz udostępniane w celu świadczenia usług medycznych,
3. Osoba objęta opieką ma prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.). Podanie danych osobowych jest dobrowolne i jednocześnie jest podstawą do objęcia Umową.

W związku z powyższym wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych, zgromadzonych przez: Medicover Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie (00-807) Al. Jerozolimskie 96 w celach wskazanych powyżej oraz na udostępnienie tych danych w celu realizacji Umowy podmiotom Grupy Medicover będącym w jednej grupie kapitałowej wyszczególnionym na stronie internetowej www.medicover.pl oraz placówkom medycznym współpracującym z Medicover wymienionym na stronie www.medicover.pl
- objęcie Umową Opieki Medycznej na warunkach przedstawionych Pracodawcy przez Medicover Sp. z o. o .
- reprezentowania mnie przez Pracodawcę, w tym do składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany programów opieki medycznej zawartej na moją rzecz Umowy. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do zmiany moich danych osobowych, wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, Umowy na kolejne okresy w formie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Świadczenia Usług.

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie podania nieprawdziwych informacji Medicover nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego. Zobowiązuję się informować Medicover Sp. z o.o. o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu Umowy.

Data i podpis Osoby Uprawnionej Główniej:
Data i podpisy Osób Uprawnionych: (ich rodziców lub opiekunów)
1.
2.
3.
4.