



## FORMULARZ ZGODY KLIENTA

Wyrażam zgodę na objęcie opieką Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo” w Powiecie Wielickim (w tym wizyty domowe i zalecane procedury terapeutyczne) oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z usługami ŚCZP zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europejskiej z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, oraz uchylenie dyrektywy 95/46/WE (zwanej dalej RODO).

Zostałem/am poinformowany/a o Prawach Klienta/ki, a w szczególności o prawie do:

- ✓ wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub ich odmowy, po uzyskaniu odpowiedniej informacji,
- ✓ informacji o stanie zdrowia, przebiegu leczenia i rokowaniu na przyszłość,
- ✓ intymności i poszanowania godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych w pełnym zakresie zarówno w formie telefonicznej, elektronicznej jak i adresu pocztowego niezbędnych dla działań ŚCZP.

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....  
(adres)

.....  
(nr telefonu)

.....  
(podpis) (data)