



„Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów”
Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGODY UCZESTNIKA

Wyrażam zgodę na objęcie opieką przez Mokotowskie Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie osób z zaburzeniami i chorobami psychicznymi w dzielnicy Mokotów” (w tym wizyty domowe i zalecane procedury terapeutyczne) oraz na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z usługami MCZP 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 MCZP.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

.....

.....
(podpis)

.....
(data)