

# Formularz zgłoszenia (zlecenia) pacjentki

Imię i nazwisko:				
Telefon:				
Adres e-mail:				
<b>Data urodzenia:</b> (DD:MM:RRRR)				
<b>Ostatnia miesiączka:</b> (DD:MM:RRRR)				
<b>Ostatnia cytologia:</b> (DD:MM:RRRR)			<b>Wynik:</b>	
<b>Porody (zaznacz znakiem "X")</b>	TAK		NIE	
<b>Ilość porodów:</b>				
<b>Rodzaj porodu: (zaznacz znakiem "X")</b>	<b>Siłami natury:</b>		<b>Cesarskie cięcie:</b>	
<p>Choroby przewlekłe takie jak nadciśnienie tętnicze, jaskra, niedoczynność tarczycy cukrzyca. choroby nerek, choroby serca, liszaj twardzinowy, inne - wymień</p> <p>W przypadku braku chorób przewlekłych proszę wpisać <b>Nie dotyczy</b></p>				
<p>Aktualnie przyjmowane leki</p> <p>W przypadku braku przyjmowanych leków proszę wpisać <b>Nie dotyczy</b></p>				
<b>Operacje (zaznacz znakiem "X"):</b>	TAK		NIE	
<b><i>Jakie:</i></b>				
<b>Użytki (zaznacz znakiem "X"):</b>	TAK		NIE	
<b><i>Jakie:</i></b>				

<b>Uczulenia (zaznacz znakiem "X"):</b>	<b>TAK</b>		<b>NIE</b>	
<b><i>Jakie:</i></b>				
<b>Dolegliwości:</b>				
<b>Jakimi zabiegami byłaby Pani zainteresowana:</b>				
<b>Konsultacja przed zabiegowa (zaznacz znakiem "X"):</b>				
konsultacja prywatna w ArtesMed Katowice				
<b>Data wypełnienia:</b> (DD:MM:RRRR)				
<b>Podpis tradycyjny:</b> (czytelnie imię i nazwisko)				
<b>Podpis elektroniczny:</b>				
<i>Kwalifikowany podpis elektroniczny ma skutek prawny równoważny podpisowi własnoręcznemu zgodnie z Rozporządzeniem eIDAS - art.25 ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE.</i>				
<b>Wyślij do:</b>	<a href="mailto:kontakt@wonderforwomen.pl">kontakt@wonderforwomen.pl</a>			
<b>Informacja dotycząca danych osobowych</b> (kliknij obok i sprawdź)	<a href="#">Treść informacji dot. IOD</a>			
<b>Polityka Bezpieczeństwa Danych</b> (kliknij obok i sprawdź)	<a href="#">Treść polityki</a>			
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia wskazanych w formularzu zgłoszeniowym oraz zebranych podczas konsultacji i warsztatów, przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach, jako Administratora danych, na potrzeby przeprowadzenia konsultacji medycznych i warsztatów organizowanych przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o. z siedzibą w Katowicach.				<b>TAK / NIE*</b>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych - danych kontaktowych - wskazanych w formularzu zgłoszeniowym przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o., jako Administratora danych w trakcie i po zakończeniu warsztatów w celu przekazania informacji handlowych, marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów i usług oferowanych przez WONDER FOR WOMEN BY DR MARTA WIŚNIEWSKA Sp. z o. o.				<b>TAK / NIE*</b>
Administrator informuję, iż wszystkie wyrażone zgody mogą być wycofane w każdym czasie poprzez złożenie oświadczenia o wycofaniu zgody tj. przestanie oświadczenia adres e-mail: iod@wonderforwomen.pl. bądź listownie pod adres: ul. Zielonogórska 7/12, 40-710 Katowice. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tej zgody przed jej wycofaniem.				

\*niepotrzebne skreślić