MiniMed® Care™

Medtronic

KARTA REJESTRACJI PACJENTA przed 18 r.ż.

Imię i nazwisko dziecka:

Pesel dziecka: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Imię i nazwisko opiekuna:

Data rejestracji:

Model pompy: ☐ **MiniMed® 640G** ☐ **MiniMed® Paradigm®** ☐ **MiniMed® REAL-Time** ☐ **Minimed® Veo™** ☐ **Guardian Connect™**

Nr seryjny pompy: Nr ser. glukometru:

Telefon kontaktowy:

Adres zamieszkania:

ulica numer kod miejscowość

Adres ośrodka medycznego:

ulica numer kod miejscowość

Adres email: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Administratorem Pana/-i danych osobowych oraz danych osobowych Pana/-i podopiecznego/dziecka będzie Medtronic Poland Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (04-041) przy ul. Ostrobramskiej 101 (Medtronic). Podane przez Pana/-ią dane osobowe będą przetwarzane w celu prowadzenia opieki uzupełniającej związanej z wykorzystaniem produktu, a w tym: zawierania i realizacji umów zakupu wyposażenia produktu, obsługi klienta, świadczenia usług serwisu MiniMed Care oferującego wsparcie edukacyjne i inne w leczeniu cukrzycy, a także do informowania o akcjach serwisowych i szczegółach dotyczących bezpieczeństwa użytkowania produktu. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Przysługuje Panu/-i prawo dostępu do treści podanych przez Pana/-ią danych oraz ich poprawiania. Szczegółowe informacje dotyczące zasad ochrony danych osobowych w związku ze świadczeniem usług serwisu MiniMed Care znajdują się na stronie internetowej: www.pompy-medtronic.pl.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem odpowiedź: ☒

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Medtronic ww. danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług Medtronic (w szczególności przesyłania informacji na temat produktów i usług oraz problemów cukrzycy a także badania satysfakcji korzystania z produktu). Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/a, że administratorem danych osobowych mojego podopiecznego/dziecka będzie Medtronic, przysługuje mi prawo dostępu do treści danych mojego podopiecznego/dziecka oraz ich poprawiania, a podanie danych osobowych jest dobrowolne.

☐ Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Medtronic odpowiadającej powyższym celom informacji handlowej na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. (tekst jednolity Dz.U. 2013 poz. 1422) o świadczeniu usług drogą elektroniczną, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym także na wskazany adres poczty elektronicznej i numer telefonu komórkowego.

Data i czytelny podpis: _____

Uwagi dodatkowe:

DZIEC

UC201604164 PO