**Nyilatkozat**

Alulírott, mint ...Ide írjon… (a gyermek neve) törvényes képviselője nyilatkozom, hogy a távollévő szülő és a **gyermek képviseletére jogosult vagyok. Képviselőként felelősséggel nyilatkozom arról, hogy vállalom a gyermekem ellátásához tartozó Ambuláns lap/Szakvélemény elektronikus formában is történő átvételét a saját ügyfélkapumon keresztül.**

**Nyilatkozom, hogy gyermekem más országban biztosítotti jogviszonnyal rendelkezik**

**(Kérem válaszát a megfelelő négyzetbe elhelyezett egyértelmű jellel adja meg):**

|  |  |
| --- | --- |
| **IGEN**[ ]  | **NEM**[ ]  |

**Amennyiben igennel válaszolt, kérjük küldje az alábbi címre a vonatkozó dokumentumot.**

**Továbbá vállalom az ellátáshoz kapcsolódó nyilatkozatok, dokumentumok visszaküldését e-mail-ben, a** **jelentkezes@toparti.hu** **címre.**

**A Tóparti Szakambulancia intézményben biztosított egészségügyi ellátáshoz és utazási költségtérítés jogosultság esetén a kapcsolódó tájékoztatás elektronikus / email formában címemre történő megküldéséhez hozzájárulok. Továbbá hozzájárulok, hogy a Tóparti Szakambulancia intézményben gyógyászati segédeszköz ortopéd szakorvosi rendelése esetén a jogszabályban előírtak szerint fotódokumentáció készüljön és „A kora-gyermekkori fejlődést befolyásoló születéskörüli tényezők vizsgálata” kapcsán név nélkül (anonim módon) gyermekem egészségügyi és fejlődésére vonatkozó adatai elemzésre kerüljenek.**

*„A jelen nyilatkozatot aláíró Fél aláírásával elismeri, hogy a Pro Rekreatione Közhasznú Nonprofit Kft., illetve az általa fenntartott Tóparti Szakambulancia („Adatkezelő”) Egészségügyi Adatkezelési Tájékoztatóját ismeri és az abban foglaltakat tudomásul veszi, és ennek megfelelően nyilatkozik a fenti személyazonosító és személyes adatokról („Adatok”). A jelen nyilatkozatot aláíró Fél aláírásával hozzájárul továbbá, hogy a jogszabályban meghatározott Adatok körét az Adatkezelő az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény (Eüak) által biztosított keretek között, valamint az EU 2016/679 Rendelete (GDPR) szabályaival összhangban kezelje a Tájékoztatóban ismertetett célból és ideig. A jelen nyilatkozatot aláíró fél aláírásával tudomásul veszi, hogy az Adatkezelő jogi kötelezettség teljesítése címen kezeli az Adatokat.*

*Az Adatkezelő tájékoztatja a jelen nyilatkozatot aláíró Felet, hogy jogszabályi kötelezettség teljesítése jogcímen az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendeletben és az Eüak törvényben meghatározott adatokat átadja a jogszabályokban meghatározott szerveknek.*

*A jelen nyilatkozatot aláíró Fél tisztában van azzal, hogy az Adatok kezelése vonatkozásában adott ezen önkéntes hozzájárulása bármikor visszavonható. Ugyanakkor tisztában van azzal, hogy a nyilatkozat visszavonásának következménye az egészségügyi szolgáltatás megszűnése a Pro Rekreatione Közhasznú Nonprofit Kft. Tóparti Szakambulancia intézményben.”*

**Az adatok kezeléséhez az alábbi személyes adatokat adom meg:**

**(Szülő/Törvényes képviselő adatai)**

1. Név: ...Ide írjon…

Születési név: ...Ide írjon…

Anyja neve: ...Ide írjon…

Lakcímkártya szerinti állandó lakóhely: ...Ide írjon…

Lakcímkártya szerinti tartózkodási hely: ...Ide írjon…

Állampolgárság: ...Ide írjon…

TAJ szám: ...Ide írjon…

Születési hely: ...Ide írjon… idő: Dátum megadásához kattintson ide.

1. Név: ...Ide írjon…

Születési név: ...Ide írjon…

Anyja neve: ...Ide írjon…

Lakcímkártya szerinti állandó lakóhely: ...Ide írjon…

Lakcímkártya szerinti tartózkodási hely: ...Ide írjon…

Állampolgárság: ...Ide írjon…

TAJ szám: ...Ide írjon…

Születési hely: ...Ide írjon… idő: Dátum megadásához kattintson ide.

Gárdony, Dátum megadásához kattintson ide.

|  |
| --- |
| törvényes képviselő aláírása „s.k.” |