

Umowa na pakiet medyczny dla klientów getmed

Kiedy zawieram Umowę?

Umowa numer _____ na pakiet medyczny dla klientów GetMed z dnia _____

Kto zawiera Umowę?

GetMed spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, ul. Wiertnicza 89, 02-952 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy - Krajowy Rejestr Sądowy pod numerem KRS: 0001097171, o kapitale zakładowym 5.000,00 zł, posiadająca NIP 6793295127 i numer REGON 528212199

oraz **Klient:**

(1) Konsument

(2) Przedsiębiorca na prawach konsumenta

Osoba fizyczna zawierająca umowę, która nie jest bezpośrednio związana z jej działalnością gospodarczą lub zawodową

Osoba fizyczna zawierająca umowę bezpośrednio związaną z jej działalnością gospodarczą, gdy z treści tej umowy wynika, że nie posiada ona dla tej osoby charakteru zawodowego, wynikającego w szczególności z przedmiotu wykonywanej przez nią działalności gospodarczej, udostępnionego na podstawie przepisów o Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

imię	nazwisko	
(2) nazwa firmy		
PESEL <small>/jeśli Klient jest cudzoziemcem nr paszportu/</small>	data urodzenia	
e-mail	numer telefonu	
Adres zamieszkania		
ulica	nr domu	nr miesz.
mięscowość	kod pocztowy	poczta
(2) NIP	(2) REGON	
(2) imię i nazwisko oraz adres e-mail i nr telefonu osoby kontaktowej		

Jak długo będzie trwała Umowa?

Umowa zawarta jest na czas nieokreślony:

z Okresem Zobowiązania – 24 miesiące

bez Okresu Zobowiązania

każda ze Stron zobowiązuje się do niewypowiadania Umowy od dnia jej zawarcia do upływu 24 miesięcy liczonych od dnia Aktywacji Pakietu (za wyjątkiem sytuacji określonych w Umowie), po tym okresie każda ze Stron może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec najbliższego Okresu Rozliczeniowego, przy czym getmed uprawniony jest do wypowiedzenia Umowy z ważnych przyczyn. W wypadku naruszenia w/w zobowiązania do niewypowiadania Umowy Strona naruszająca uiszcza Oplatę Wyrównawczą określoną w Regulaminie Nabycia Pakietu Medycznego.

każda ze Stron może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec najbliższego Okresu Rozliczeniowego, przy czym getmed uprawniony jest do wypowiedzenia Umowy z ważnych przyczyn.

Jakie Pakiety wybieram?

Rodzaj Pakietu Medycznego	Liczba dodatkowych Dzieci w Pakiecie Rodzinnym (ponad 2)	Cena Pakietu (brutto) wynikająca z aktualnego Cennika Pakietów*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="zł"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="zł"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="zł"/>

* Cena Pakietu/Pakietów nie może wzrosnąć w Okresie Zobowiązania (za wyjątkiem zmiany wynikającej z objęcia Usług stawką VAT lub zwiększeniem tej stawki lub zakończeniem okresu promocji). Zasady zmiany Cennika Pakietów i Opłat Miesięcznych określa Regulamin Nabycia Pakietu Medycznego.

Co otrzymuję w ramach Pakietu/Pakietów?

Gwarancja Dostępu	na zasadach określonych w Załączniku Regulamin Gwarancji Dostępu (w razie braku dostępu do Usług na zasadach określonych w Gwarancji Dostępu: po spełnieniu warunków określonych w tym regulaminie: zwrot poniesionych przez Pacjenta 100% jednej Opłaty Miesięcznej, dotyczącej Pakietu, w ramach którego realizowana jest Gwarancja Dostępu
Asystent getmed	usługa asysty i koordynacji wykonywana w ramach GetMed obejmująca udzielenie informacji o Zakresie Pakietu i wsparcie w zarządzaniu Wizytami (umawianie, zmiana, odwołanie)

Jakie wybieram usługi dodatkowe poza Pakietem/Pakietami?

Zasady korzystania z usług dodatkowych określają odpowiednie regulaminy dotyczące tych usług.

W jaki sposób chcę opłacać Pakiet?

Faktury będą wystawiane

miesięcznie, za każdy Okres Rozliczeniowy

za 6 Okresów Rozliczeniowych z góry

za pierwsze 12 Okresów Rozliczeniowych z góry (od 13 Okresu Rozliczeniowego płatność jest uiszczana miesięcznie)

rabat za płatność z góry 5% od każdej Opłaty Miesięcznej

Faktury będą opłacać

Faktury należy opłacać w terminie do 7 dni od ich otrzymania.

Ile będę płacić?

Łączna suma Opłat Miesięcznych (brutto) za Okres Rozliczeniowy wraz z usługami dodatkowymi

rabat za płatność z góry

dodatkowy rabat (w oparciu o kod rabatowy)

dodatkowy rabat za udział w promocji**

kwota do zapłaty za każdy Okres Rozliczeniowy z uwzględnieniem wszystkich rabatów

pierwsza płatność wynosi

**Jeśli uczestniczysz w promocji, możesz mieć dodatkowy rabat, którego wysokość i zasady uzyskania wynikają z odpowiedniego regulaminu promocji.

Wysokość należności może ulec zmianie w wypadku zmiany Cennika Pakietów lub zakończenia okresu promocji. Cena Pakietu nie może wzrosnąć w Okresie Zobowiązania (za wyjątkiem zmiany wynikającej z objęcia Usług stawką VAT lub zwiększeniem tej stawki lub zakończenia okresu promocji). Zasady zmiany Cennika Pakietów i Opłat Miesięcznych określa Regulamin Nabycia Pakietu Medycznego.

Kiedy Umowa wchodzi w życie?

Umowa wchodzi w życie pod warunkiem i z chwilą kiedy uiścisz pierwszą Opłatę Miesięczną. Jeżeli nie dokonasz wpłaty co najmniej jednej Opłaty Miesięcznej w terminie 30 dni kalendarzowych od daty zawarcia Umowy, warunek uważa się za niespełniony, a więc Umowa nie wchodzi w życie i ulega automatycznemu rozwiązaniu.

- Do zawarcia Umowy dochodzi z chwilą kliknięcia „Zamawiam z obowiązkiem zapłaty”
- Obowiązek uiszczenia pierwszej Opłaty Miesięcznej w terminie do 30 dni od dnia zawarcia Umowy jest warunkiem zawieszającym wejścia w życie Umowy. Jeśli nie dokonasz wpłaty w tym terminie, warunek uważa się za niespełniony, a więc Umowa nie wchodzi w życie i ulega automatycznemu rozwiązaniu.

Kto może korzystać z Pakietów?

Wymagania wiekowe dla Osób Uprawnionych wskazane są w Cenniku pakietów medycznych.

Pamiętaj, aby wskazać prawidłowe dane osobowe Osób Uprawnionych – będą one wykorzystywane do ich identyfikacji, umawiania Wizyt czy przypominania o Terminach Wizyt oraz ustalenia miejsca zamieszkania na potrzeby realizacji Gwarancji Dostępu, a także wystania informacji o zasadach przetwarzaniu danych osobowych.

Pamiętaj o aktualizacji danych w razie ich zmiany.

Chcę, aby z Pakietów mogli korzystać następujące Osoby Uprawnione:

1	Imię		Rodzaj pakietu	
	Nazwisko		Wariant pakietu	
	PESEL (w razie braku PESEL – data urodzenia oraz nr paszportu)		Adres e-mail	
	Pokrewieństwo do Osoby Uprawnionej wpisanej jako pierwsza przy Pakiecie (oraz wskazanie czy Osoba Uprawniona jest Dzieckiem)		Nr telefonu	
	Adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)			

2	Imię		Rodzaj pakietu	
	Nazwisko		Wariant pakietu	
	PESEL (w razie braku PESEL – data urodzenia oraz nr paszportu)		Adres e-mail	
	Pokrewieństwo do Osoby Uprawnionej wpisanej jako pierwsza przy Pakiecie (oraz wskazanie czy Osoba Uprawniona jest Dzieckiem)		Nr telefonu	
	Adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)			

3	Imię		Rodzaj pakietu	
	Nazwisko		Wariant pakietu	
	PESEL (w razie braku PESEL – data urodzenia oraz nr paszportu)		Adres e-mail	
	Pokrewieństwo do Osoby Uprawnionej wpisanej jako pierwsza przy Pakiecie (oraz wskazanie czy Osoba Uprawniona jest Dzieckiem)		Nr telefonu	
	Adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)			

4	Imię		Rodzaj pakietu	
	Nazwisko		Wariant pakietu	
	PESEL (w razie braku PESEL – data urodzenia oraz nr paszportu)		Adres e-mail	
	Pokrewieństwo do Osoby Uprawnionej wpisanej jako pierwsza przy Pakiecie (oraz wskazanie czy Osoba Uprawniona jest Dzieckiem)		Nr telefonu	
	Adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miasto)			

Kiedy Pakiety mają zostać Aktywowane?

Z dniem Aktywacji Pakietu Osoby Uprawnione mogą korzystać z Usług objętych Pakietem.

w Trybie Przyspieszonym

Aktywacja Pakietu następuje w terminie do 72 godzin od dnia zaksięgowania pierwszej Opłaty Miesięcznej.

w Trybie Specjalnym

Aktywacja Pakietu następuje z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zaksięgowano pierwszą Opłatę Miesięczną. Tryb Specjalny dotyczy wyłącznie Umów zawartych na 14 dni kalendarzowych przed końcem miesiąca. Wybór Trybu Specjalnego w razie niespełnienia tego warunku skutkuje automatycznie przyjęciem Trybu Standardowego.

w Trybie Standardowym

Aktywacja Pakietu następuje z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym upłynął 14-dniowy termin na odstąpienie od Umowy, ale nie wcześniej niż z dniem, w którym zaksięgowano pierwszą Opłatę Miesięczną.

Oświadczam, że:

- żądam wykonania przez GetMed usługi, tj. Aktywacji Pakietu, przed upływem terminu na odstąpienie od Umowy (tj. terminu 14 dni od daty zawarcia Umowy);
- przyjmuję do wiadomości, że z chwilą wykonania przez GetMed usługi tracę w/w prawo do odstąpienia od Umowy.

Przewidywana data Aktywacji Pakietu/Pakietów*:

*w przypadku Umowy zawartej w trybie E-Sales, przewidywana data Aktywacji Pakietu zakłada płatność Opłaty Miesięcznej dokonaną w dniu zawarcia Umowy. W razie dokonania płatności w innym terminie, data Aktywacji Pakietu ulegnie odpowiedniemu przesunięciu.

Jakie dokumenty mają zastosowanie do Umowy?

Poniższe dokumenty dotyczą Umowy i stanowią załączniki do niej.
Zapoznaj się z nimi przed zawarciem Umowy.
Každy dokument możesz otworzyć i przeczytać.

Załączniki do Umowy:

1. Zakres Pakietu Medycznego
2. Regulamin Nabycia Pakietu Medycznego wraz z załącznikami (Zasadami korzystania z pakietu medycznego i Wzorem oświadczenia o odstąpieniu od Umowy wraz z pouczeniem
3. Regulamin Gwarancji Dostępu
4. Cennik pakietów medycznych
5. Klauzule informacyjne RODO dotyczące przetwarzania danych osobowych

Jakie oświadczenia składam, aby zawrzeć Umowę?

Zaznaczam wszystkie poniższe zgody/oświadczenia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oświadczam, że zapoznałem/am się z Umową na Pakiet Medyczny dla klientów GetMed wraz z jej załącznikami, akceptuję ich treść i zawieram Umowę.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Oświadczam, że na dzień zawarcia niniejszej Umowy nie jestem wpisany w jakichkolwiek rejestrach dłużników niewypłacalnych lub nierzetelnych, w szczególności w rejestrach prowadzonych przez Biura Informacji Gospodarczej. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą uprawnia GetMed do odstąpienia od niniejszej Umowy w terminie 35 (trzydziestu pięciu) dni od dnia jej zawarcia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Upoważniam GetMed Sp. z o.o., ul. Wiertnicza 89, 02-952 Warszawa, do pozyskania z Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Zygmunta Modzelewskiego 77a (BIG InfoMonitor) informacji gospodarczych, które mnie dotyczą, oraz informacji o zapytaniach złożonych na mój temat w ostatnich 12 miesiącach.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) moich danych osobowych w celu oceny wiarygodności płatniczej, w tym w celu zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania. Wiem, że zgoda jest dobrowolna i może być w każdej chwili cofnięta co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Brak udzielenia zgody spowoduje brak możliwości weryfikacji płatniczej Klienta.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) moich danych osobowych o zdrowiu (w tym umawianych lub udzielanych Świadczeniach Zdrowotnych, posiadanych skierowaniach lekarskich) w celu umówienia lub rozliczenia Świadczenia Zdrowotnego oraz udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie tego Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Działając w imieniu Osób Uprawnionych wskazanych przeze mnie w Umowie, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) danych osobowych o zdrowiu Osób Uprawnionych (w tym umawianych lub udzielanych Świadczeniach Zdrowotnych, posiadanych skierowaniach lekarskich) w celu umówienia lub rozliczenia Świadczenia Zdrowotnego oraz udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie tego Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Informacja o umawianym Świadczeniu Zdrowotnym jest daną o zdrowiu, dlatego potrzebujemy Twojej (lub Osób Uprawnionych) zgody, aby móc przetwarzać takie dane osobowe, w tym udostępnić je Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować. Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia spowoduje brak możliwości umówienia Wizyty. Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. 		
Wyrażam zgodę na udostępnienie GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) przez Świadczeniodawcę, któremu powierzone zostanie wykonanie zamówionego przeze mnie Świadczenia Zdrowotnego lub przez Placówkę Medyczną, w ramach której Specjalista wykona to Świadczenie Zdrowotne, moich danych osobowych identyfikacyjnych i o zrealizowanym lub odwołanym Świadczeniu Zdrowotnym, w celach związanych z wykonywaniem i rozliczaniem Usług.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Działając w imieniu Osób Uprawnionych wskazanych przeze mnie w Umowie, wyrażam zgodę na udostępnienie GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) przez Świadczeniodawcę, któremu powierzone zostanie wykonanie zamówionego Świadczenia Zdrowotnego lub przez Placówkę Medyczną, w ramach której Specjalista wykona to Świadczenie Zdrowotne, danych osobowych Osób Uprawnionych – identyfikacyjnych i o zrealizowanym lub odwołanym Świadczeniu Zdrowotnym, w celach związanych z wykonywaniem i rozliczaniem Usług.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> W celu wykonywania Umowy i rozliczania Usług potrzebujemy od Świadczeniodawców lub Placówek Medycznych informacji czy umówiona Wizyta się odbyła. Informacja taka jest informacją o zdrowiu, dlatego potrzebujemy Twojej (lub Osób Uprawnionych) zgody na otrzymanie takich danych. Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia uniemożliwi nam wykonywanie Umowy i rozliczanie Usług. Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. 		
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) moich danych osobowych o zdrowiu zawartych w informacjach udostępnianych przeze mnie GetMed Sp. z o.o. (m.in. o stanie zdrowia, historii leczenia, wynikach badań, ankiet zdrowotnych, innych informacji zawartych w dokumentacji medycznej) w celu udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Działając w imieniu Osób Uprawnionych wskazanych przeze mnie w Umowie, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) danych osobowych o zdrowiu Osób Uprawnionych, zawartych w informacjach udostępnianych przez takie Osoby Uprawnione GetMed Sp. z o.o. (m.in. o stanie zdrowia, historii leczenia, wynikach badań, ankiet zdrowotnych, innych informacji zawartych w dokumentacji medycznej) w celu udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Jeśli przekazujesz za naszym pośrednictwem Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówce Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować swoje dane osobowe, w tym o zdrowiu (np. dotychczasową historię leczenia, poprzednie wyniki badań, informacje o objawach) przed odbyciem się Wizyty, potrzebujemy Twojej zgody, aby móc przetwarzać takie dane. To samo dotyczy Osoby Uprawnionej. Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia spowoduje, iż nie będziemy mogli udostępnić Twoich danych osobowych ww. Świadczeniodawcy lub Placówce Medycznej. Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. 		

Jakie oświadczenia składam, aby zawrzeć Umowę?

Zaznaczam wszystkie poniższe zgody/oświadczenia	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<p><u>W przypadku jeśli Osoba Uprawniona jest dzieckiem:</u> Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) danych osobowych o zdrowiu (w tym umawianych lub udzielanych Świadczeniach Zdrowotnych, posiadanych skierowaniach lekarskich) dotyczących dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w celu umówienia lub rozliczenia Świadczenia Zdrowotnego oraz udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie tego Świadczenia Zdrowotnego lub Placówki Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.</p> <p>• Informacja o umawianym Świadczeniu Zdrowotnym jest daną o zdrowiu, dlatego potrzebujemy Twojej zgody, jako przedstawiciela ustawowego dziecka, aby móc przetwarzać takie dane osobowe dotyczące dziecka, w tym udostępnić je Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówki Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować. • Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia spowoduje brak możliwości umówienia dla dziecka Wizyty. • Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. • Aby udzielić zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka, musisz być jego przedstawicielem ustawowym. Udzielenie ww. zgody jest równoznaczne z potwierdzeniem przez Ciebie, że spełniasz ten wymóg.</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<p><u>Wyrażam zgodę na udostępnienie GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) przez Świadczeniodawcę, któremu powierzone zostanie wykonanie zamówionego przeze mnie na rzecz dziecka Świadczenia Zdrowotnego lub przez Placówkę Medyczną, w ramach której Specjalista wykona to Świadczenie Zdrowotne, danych osobowych identyfikacyjnych i o zrealizowanym lub odwołanym Świadczeniu Zdrowotnym, dotyczących dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, w celach związanych z wykonywaniem i rozliczaniem Usług.</u></p> <p>• W celu wykonywania Umowy i rozliczania Usług potrzebujemy od Świadczeniodawców lub Placówek Medycznych informacji czy umówiona dla dziecka Wizyta się odbyła. Informacja taka jest informacją o zdrowiu, dlatego potrzebujemy Twojej zgody jako przedstawiciela ustawowego dziecka, na otrzymanie takich danych. • Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia uniemożliwi nam wykonywanie Umowy i rozliczanie Usług. • Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. • Aby udzielić zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka, musisz być jego przedstawicielem ustawowym. Udzielenie ww. zgody jest równoznaczne z potwierdzeniem przez Ciebie, że spełniasz ten wymóg.</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<p><u>Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171) danych osobowych dziecka o zdrowiu zawartych w informacjach udostępnianych przeze mnie GetMed sp. z o.o. (m.in. o stanie zdrowia, historii leczenia, wynikach badań, ankiet zdrowotnych, innych informacji zawartych w dokumentacji medycznej) w celu udostępnienia tych danych Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówki Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować.</u></p> <p>• Jeśli przekazujesz za naszym pośrednictwem Świadczeniodawcy, któremu powierzono wykonanie Świadczenia Zdrowotnego lub Placówki Medycznej, w ramach której Specjalista ma je zrealizować dane osobowe dziecka, którego jesteś opiekunem prawnym, w tym o zdrowiu (np. dotychczasową historię leczenia, poprzednie wyniki badań, informacje o objawach) przed odbyciem się Wizyty, potrzebujemy Twojej zgody, aby móc przetwarzać takie dane. • Udzielenie zgody jest dobrowolne, ale brak jej udzielenia spowoduje, iż nie będziemy mogli udostępnić danych osobowych dziecka ww. Świadczeniodawcy lub Placówce Medycznej. • Zgodę możesz w każdej chwili wycofać. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem. • Aby udzielić zgody na przetwarzanie danych osobowych dziecka, musisz być jego przedstawicielem ustawowym. Udzielenie ww. zgody jest równoznaczne z potwierdzeniem przez Ciebie, że spełniasz ten wymóg.</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Wyrażam zgodę na używanie przez GetMed Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, KRS: 0001097171 (dalej: „GetMed”) w trakcie Umowy, jak i po jej zakończeniu, w celu przekazywania mi informacji handlowych dotyczących produktów lub usług GetMed, w tym prowadzenia względem mnie marketingu bezpośredniego:

a) telekomunikacyjnych urządzeń końcowych:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| za pomocą poczty e-mail | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| w formie SMS/MMS | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| w formie rozmowy telefonicznej | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

b) automatycznych systemów wywołujących w kontakcie telefonicznym lub mailowo:

TAK NIE

Wyrażam zgodę na używanie przez SelectCentre Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (KRS: 0000763236), w celu przekazywania mi informacji handlowych dotyczących produktów lub usług własnych lub Partnerów*, których lista znajduje się poniżej, w tym prowadzenia względem mnie marketingu bezpośredniego,

a) telekomunikacyjnych urządzeń końcowych:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| za pomocą poczty e-mail | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| w formie SMS/MMS | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| w formie rozmowy telefonicznej | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

b) automatycznych systemów wywołujących w kontakcie telefonicznym lub mailowo:

TAK NIE

oraz wyrażam zgodę na przekazywanie przez GetMed Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie mojego imienia i nazwiska, adresu e-mail oraz numeru telefonu do SelectCentre Sp. z o.o. w celu przetwarzania przez tę spółkę moich danych osobowych na cele wskazane powyżej.

TAK NIE

* Lista Partnerów: MedicCentre Sp. z o.o. (KRS: 0000660624), Poliseo Sp. z o.o. (KRS: 0000957657), MedicCentre Service Sp. z o.o. (KRS: 0000972666), GetMed Sp. z o.o. (KRS: 0001097171), Panwybierak.pl Sp. z o.o. (KRS: 0000481546), Flawless Sp. z o.o. (KRS: 0000632128). Informacje o przetwarzaniu danych osobowych znajdziesz w Klauzuli informacyjnej RODO SelectCentre.

Wiem, że mogę w każdej chwili wycofać każdą z wyrażonych zgód bez podawania przyczyny. Wiem też, że zgody nie wygasają w razie wygaśnięcia Umowy. Wiem, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.