

Belépési nyilatkozat egészségügyi ellátás érdekében/Declaration for the Purpose of Healthcare Services

Szolgáltató adatai/Service provider: Semmelweis Medical Services and Consulting Ltd.

Székhelye/Registered Office: 1086 Budapest, Üllői út 26.

Call Center telefonszám/Call Center Number: **+36 1 776 7300**

Belépő személyi adatai/Personal data of the entrant:

Vezetéknév/Surname:

Keresztnév/First and middle name(s):

Nem/Gender: Férfi/Male/Nő/Female

Születési hely, idő (év/hónap/nap) /Place and date of birth (year/month/day):

Mobilszám/Mobile phone number:

E-mail cím/Email address:

Neptun azonosító/Neptun number:

Egyetemi kar/University faculty:

Jelen nyilatkozattal, alulírott, mint páciens hozzájárulok ahhoz, hogy a Semmelweis Egyetem és a Semmelweis Premium Kft. közötti szerződésben foglaltak rám is vonatkozzanak.

A szerződésben foglalt rám vonatkozó feltételek letölthetők innen:

www.semmelweispremium.hu/en/health-service

By this statement, I, the undersigned, as a patient, consent to the terms of the contract between Semmelweis University and Semmelweis Premium Kft. applying to me as well: The terms of the contract that apply to me can be downloaded here:

www.semmelweispremium.hu/en/health-service

Alulírott jelen nyilatkozat elfogadásával nyilatkozom, hogy a Semmelweis Egyetem hallgatója vagyok. Tudomásul veszem, hogy az egészségügyi ellátás szerződés szerinti igénybevételére csak a hallgatói jogviszonyom fennállása alatt vagyok jogosult.

By accepting this declaration, I declare that I am a student of Semmelweis University. I acknowledge that I am entitled to use the healthcare services provided under this Agreement only while I have active student status at the University.

Jelen nyilatkozat elfogadásával elismerem, hogy megismertem a Szolgáltatási szerződés rám vonatkozó feltételeit és a Semmelweis Premium Általános Szerződési Feltételeit, kijelentem továbbá, hogy az azokban foglaltakat megértettem és elfogadtam, különös tekintettel az egészségügyi szolgáltatások körére, tartalmára, a limitekre, továbbá az önrészek, és a kizárások/mentesülések alkalmazására vonatkozó feltételekre.

By accepting this declaration, I acknowledge that I have been informed of the terms and conditions of the Service Agreement applicable to me, as well as the Semmelweis Premium General Terms and Conditions. Furthermore, I declare that I have understood and accepted the provisions contained therein, particularly those relating to the scope, content, limits, co-payments, and terms of exclusions and exemptions applicable to healthcare services.

Jelen nyilatkozat, valamint a további írásbeli kommunikáció két nyelven történik (magyar, angol). Vita esetén a magyar szöveg az irányadó.

This declaration and any further written communication shall be in both Hungarian and English. In cases of any disputes, the Hungarian text shall prevail.

A belépő egészségügyi adatkezeléssel, adattovábbítással és orvosi titoktartási kötelezettség alóli felmentéssel kapcsolatos nyilatkozata.

Declaration by the Patient Concerning Data Management, Data Transfer, and Waiver of Medical Confidentiality.

Alulírott belépő felhatalmazom az egyetemet, hogy az egészségi állapotomra vonatkozó, a szerződés megkötésével, módosításával, fenntartásával, a szerződésből származó követelések megítélésével közvetlenül összefüggő, azokhoz elengedhetetlenül szükséges adatokat az egyetembeszerezze, és nyilvántartsa, és ebben a körben felhasználja. Egyben felmentem az ezen adatokat jogszabályi felhatalmazás alapján nyilvántartó személyeket (pl: háziorvos) és szervezeteket (pl: társadalombiztosítás) a titoktartási kötelezettségük alól.

I, the undersigned Patient, authorize the university to obtain, record and use any data related to my health condition that is directly connected to the conclusion, modification, maintenance of the Agreement, and the assessment of claims arising from the Agreement, and that is indispensably necessary for these purposes. I also release individuals (e.g., general practitioners) and organizations (e.g., social security) who maintain these records based on legal authorization from their confidentiality obligations.

Alulírott belépő hozzájárulok ahhoz, hogy a szolgáltató a szerződéssel, illetve az azon alapuló ellátással kapcsolatos egészségi állapotomra vonatkozó adatokat az engem ellátó szolgáltatóval szerződött partnernek átadja, illetve ugyanezen partner a keletkezett adataimat szolgáltatónak továbbítsa.

I, the undersigned Patient, consent to the Service Provider sharing data related to my health condition, which is connected to the Agreement or the services based on it, with the Service Provider's contracted partner involved in my care, and likewise, for this partner to forward any resulting data to the Service Provider

Az adatvédelemmel kapcsolatos szabályzatot a www.semmelweispremium.hu/en/health-service honlapon ismerhetem meg.

Data protection regulations are available to me at the: www.semmelweispremium.hu/en/health-service.