Ja, …..... PESEL:.....

legitymujący/a się DO / Paszport : Nr …..... .

zamieszkały/a …..... .....

Telefon *komórkowy: .....stacjonarny …..... E-mail .....*

Potwierdzenie zgodności danych ☐

niniejszym oświadczam, że poinformowano mnie i wyrażam zgodę na przyjęcie upoważnienia dt/ dostępu do do informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej :

Pani/Pana : ..... PESEL:.....

Potwierdzenie zgodności danych ..... ☐

INFORMACJA DT PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmiot leczniczy :
Prywatna Przychodnia Lekarska Barbara Frysz-Domańska i Henryk Domański sp.j. z siedzibą w Chełmie Śląskim przy ul. Imielińskiej 189, *ma na celu świadczenia usług zdrowotnych, badań diagnostycznych i sprawowania nadzoru w zakresie profilaktyki medycznej. Podanie danych jest dobrowolne, jednak konieczne dla realizacji świadczeń zdrowotnych. Odbiorcami danych mogą być podmioty, które w ramach podwykonawstwa realizują : świadczenia medyczne lecznicze lub diagnostyczne; podmioty sprawujące nadzór epidemiologiczny ; urzędy publiczne m.in. zakład ubezpieczeń społecznych; podmioty zajmujące się obsługą teleinformatyczną.*

Mam prawo wycofania zgody w dowolnym momencie, jednak z uwzględnieniem nadrzędnych przepisów prawa. Dane osobowe będą przetwarzane do ewentualnego odwołania zgody, a po takim odwołaniu, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych i w stosunku do niego (bezpośrednio wynikających z regulacji prawnych dotyczących dokumentacji medycznej)

Mam prawo żądania od administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania - jeśli prawnie przysługuje, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z Administratorem Danych Osobowych, którego reprezentuje właściciel podmiotu.

Szczegółowa informacja dostępna jest udostępniona w lokalizacji (Informator) oraz na stronie internetowej www.nzozppl.pl

Potwierdzenie ☐

Dokument sporządzono w dwóch egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron i utrwalono w zasobach informatycznych podmiotu.

PODSTAWA PRAWNA :

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Jest to akt prawny przyjęty przez Unię Europejską regulujący zasady ochrony danych osobowych – zastępuje dyrektywę 95/46/WE z 1995 r.

Dz.U. 2015 poz. 2069:Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania

*Chełm Śląski dn . …..... **Podpis czytelny …..... .....***

Potwierdzam dobrowolność i zgodność danych osobowych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości. Dokument sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, utrwalono na nośniku elektronicznym i stanowi część indywidualnej dokumentacji medycznej.

Podpis osoby odbierającej .....

UWAGI:

…..... .....

…..... .....

…..... .....

Wycofanie zgodny i/lub upoważnienia ma skutek prawny jedynie w formie pisemnej poprzez ponowne złożenie niniejszego dokumentu z wprowadzeniem zmian lub wpisaniu w pozycji UWAGI i potwierdzeniu podpisem. Dane do korespondencji dostępne są w stopce niniejszego dokumentu. Prywatna Przychodnia Lekarska sp.j. 41-403 Chełm Śląski ul. Imielińska 189 Tel. +48322255879 E-mail: rodo@nzozppl.pl Aktualizacje dostępne : www.nzozppl.pl