

PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko Imię

Nr PESEL

Adres zamieszkania:

nr telefonu adres e-mail

INFORMACJA DLA PACJENTÓW

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Endomed Janusz Romanowski Spółka Jawna, ul Jana Kilińskiego 6, 26-610
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - Bartłomiej Kida e-mail: **bodo.radom@gmail.com**
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 5 -30 lat w zależności od rodzaju danych i świadczonych usług
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego –Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa
- 9) Pana/Pani dane osobowe nie są przekazywane do państw trzecich
- 10) Pana/ Pani dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

.....
data i podpis Pacjenta

1. Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....
(imię i nazwisko osoby upoważnionej oraz dane umożliwiające kontakt z tą osobą)

2. Nie upoważniam nikogo.

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta lub opiekuna)