

DEKLARACJA PACJENTA

DANE PACJENTA :

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Nr tel. :

Adres e-mail :

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych w celu komunikacji przy realizowaniu usług medycznych/leczenia, aby zapewnić najwyższą jakość świadczenia - dot. wysyłania wiadomości tekstowej SMS, MMS lub e-mail z przypomnieniem terminu wizyty lekarskiej lub zmiany terminu jej realizacji.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych dla celów marketingu bezpośredniego, wykonywanego przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz za pomocą środków komunikacji elektronicznej - dot. wysyłania na podany adres e-mail informacji na temat usług oferowanych i akcji promocyjnych dotyczących usług medycznych realizowanych przez Administratora Danych.

Wyrażam zgodę na leczenie, badanie oraz zabiegi diagnostyczne realizowane przez **Lebkuchen i Sędziak Lekarska Spółka Partnerska**.

Do :

- zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia oraz o udzielonych świadczeniach zdrowotnych*
- udostępnienia mojej dokumentacji medycznej*
- odbiór mojej recepty*

upoważniam :
(imię i nazwisko, adres, stopień pokrewieństwa, nr telefonu)

Data :
.....
(czytelny podpis Pacjenta)

Obowiązek informacyjny :

1. **Administratorem Danych jest Lebkuchen i Sędziak Lekarska Spółka Partnerska z siedzibą w Kosakowie przy ul. Żeromskiego 51 .**
2. **Inspektorem Ochrony Danych (IOD) jest :**
Piotr Kowalski
nr tel. : 507 254 032
e-mail : piotr.kowalski@bhnpnd.pl
3. Dane osobowe przetwarzane będą w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług medycznych.
4. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w zakresie naruszenia prawo do ochrony danych osobowych lub innych praw przyznanych na mocy RODO.
8. Podanie danych osobowych w zakresie : imienia, nazwiska oraz nr Pesel jest wymogiem warunkującym możliwość wykonania usługi medycznej. Niezrealizowanie ww. wymogu będzie postawą do odstąpienia od realizacji usługi medycznej.
9. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

*) niepotrzebne skreślić