

Nazwisko i imię pacjenta: .....

Numer PESEL: .....

## **ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA**

Szanowny Pacjencie, w związku z rozpoczęciem stosowania przepisów Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), **chcemy poinformować, że:**

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: COR-MED M&S Diallo Spółka Jawna z siedzibą w Przemkowie, ul. Długa 4, 59-170 Przemków, (nr tel. 76 8319477, e-mail: corm2@wp.pl);
2. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: [idocormed@wp.pl](mailto:idocormed@wp.pl);
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Pacjenta w celu zapewnienia opieki zdrowotnej;
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa (np. DOW NFZ we Wrocławiu), a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, dostawcą oprogramowania);
5. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych Pacjenta do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. Pacjent ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
7. Dane osobowe, które są wpisywane do dokumentacji medycznej będą przez Nas przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa regulujących zasady przechowywania dokumentacji medycznej;
8. Pacjentowi przysługuje prawo: dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, sprzeciwu, bycia zapomnianym, niepodlegania decyzji o zautomatyzowanym przetwarzaniu danych, w tym profilowaniu, cofnięcia zgody w dowolnym momencie, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa UODO;
9. Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym profilowaniu w oparciu o dane osobowe Pacjenta.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych przez COR-MED M&S Diallo Spółka Jawna z siedzibą w Przemkowie, ul. Długa 4 w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia badań oraz prowadzenia dokumentacji medycznej według obowiązujących przepisów prawa.

**Oświadczam**, że zostałem/-am zapoznany/-a z informacją o administratorze danych oraz prawami osób, których dane są przetwarzane (zamieszczoną powyżej).

.....  
(podpis pacjenta)