

Imię i nazwisko pacjenta:.....

Pesel:.....

1. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na przesyłanie informacji medycznej na adres mailowy:.....
2. Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na kontakt telefoniczny w sprawach związanych z realizowanymi świadczeniami medycznymi z wykorzystaniem numeru podanego w dokumentacji medycznej

Data złożenia oświadczenia:.....

Podpis pacjenta:.....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Bożena Przybysz, Al. Jana Pawła II 74/66, 09 – 410 Płock prowadząca Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską.

Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046.

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych przez ISPL, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych.

Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez ISPL. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta.