

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres:

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informuję, że:

- 1) administratorem danych osobowych jest Piotr Matyja, Indywidualna praktyka lekarska, NIP 5732659994, REGON 381845311, ul. Stryjeńskich 19/18U, 02-791 Warszawa
- 2) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust.1 lit d) i f), a także art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu udzielania opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie i w granicach przepisów prawa w tym organom władzy publicznej, w celu rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych). Dane te będą przetwarzane również w sposób zautomatyzowany;
- 4) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 5) mają Państwo prawo wglądu, a także mogą uzyskać kopię swoich danych osobowych po wcześniejszym złożeniu pisemnej prośby do administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i służy do realizacji celów związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

OŚWIADCZENIA PACJENTA

Wyrażam zgodę na zostanie pacjentem Piotr Matyja. :

Warszawa, dn.,
data, podpis pacjenta

Do zasięgnięcia informacji o stanie mojego zdrowia upoważniam:

.....
Warszawa, dn.,
data, podpis pacjenta

Do pozyskania mojej dokumentacji medycznej upoważniam:

.....
Warszawa, dn.,
data, podpis pacjenta