

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych tj. Imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania, zawartych we wniosku o wydanie kserokopii dokumentacji medycznej przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

Oświadczam jednocześnie, że zapoznałem/zapoznałam się z Klauzulą Informacyjną Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, o przetwarzaniu danych osobowych, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

Ustrzyki Dolne, dnia .....

.....  
(podpis osoby wyrażającej zgodę)

## COFNIĘCIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Cofam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Ustrzykach Dolnych, jako administratora moich danych osobowych, w postaci mojego imienia i nazwiska, PESEL, adresu zamieszkania wyrażoną, w celu udostępnienia dokumentacji medycznej.

Ustrzyki Dolne, dnia .....

.....  
(podpis osoby cofającej zgodę)




# KLAUZULA INFORMACYJNA RODO






**W związku z przetwarzaniem przez nas Pani/Pana danych osobowych prosimy o zapoznanie się z poniższymi szczegółami dotyczącymi przetwarzania.**

**1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych ul. 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne.**

Z administratorem można się skontaktować:

-  pisemnie pod adresem: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, ul 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne.
-  drogą telefoniczną po numerem: 13 476 91 28.
-  drogą mailową, wysyłając wiadomości na adres: sekretariat@spzoz-ustrzyki.pl

**2. Inspektorem ochrony danych został wyznaczony Pan Robert Sochań, z którym można się kontaktować w sprawie ochrony swoich danych osobowych:**

-  pisemnie pod adresem: Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych, ul 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne;
-  drogą telefoniczną pod numerem telefonu: 13 476 91 28;
-  drogą mailową, wysyłając wiadomość na adres: iod@spzoz-ustrzyki.pl.

### **3. Cel i podstawy przetwarzania:**

Dane osobowe przetwarzane są w celu:

Udostępnienia kserokopii dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w związku z art. 26 ust.1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta.

### **4. Odbiorcy danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane w celu przetwarzania przez inne podmioty.

### **5. Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu wyczerpania się prawnie uzasadnionych przesłanek do przechowywania, przetwarzania danych.

### **6. Informacje o wymogu podania danych:**

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji celu. Nie podanie danych osobowych może skutkować nie udostępnieniem dokumentacji medycznej.

### **7. Prawa osób, które dane dotyczą:**

- 1) Ma Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych.
- 2) Ma Pani/Pan prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych osobowych.
- 3) Ma Pani/Pan prawo do usunięcia danych osobowych.
- 4) Ma Pani/Pan prawo do ograniczenia przetwarzania.
- 5) Ma Pani/Pan prawo wycofania zgody w dowolnym momencie.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani / Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia (Urząd Ochrony Danych Osobowych Adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon: 22 531 03 00).