

Łódź, dnia.....

NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski
ul. Jędrowizna 5,
92-007 Łódź

Dane Pacjenta

Nazwisko Imię

Nr PESEL

Zakres danych:

nr telefonu komórkowego lub stacjonarnego.....

adres e-mail

adres pocztowy.....

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/y , wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski z siedzibą w Łodzi ul. Jędrowizna 5 celu komunikacji dotyczącej korzystania z usług medycznych, umawiania i przekładania wizyt oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej lub/i poczty elektronicznej / tradycyjnej informacji dotyczącej planowania wizyt jak również informacji o ofertach dotyczących świadczonych usług.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, tj. zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o celu zbierania danych, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

Data i czytelny podpis pacjenta

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

KLAUZULA INFORMACYJNA

NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski
ul. Jędrówizna 5,
92-007 Łódź

Zgodnie z art. 13 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż :

1. Administratorem Pani /Pana danych osobowych jest NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski ul. Jędrówizna 5, 92-007 Łódź, który reprezentuje Michał Łęski.
2. Pani/ Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie obowiązujących przepisów prawa, zawartych umów oraz na podstawie udzielonej zgody.
3. Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach umawiania i przekładania wizyt oraz wykonywania innych niezbędnych czynności wynikających z procesu leczenia i realizacji zamówień na podstawie Art 6 ust.1 lit. a,b,c,d,e,f lub Art.9 ust.1 lit. a,b,c,d,h,i,j ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r oraz innych przepisów.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych w NZOZ ENDO-MED STOMATOLOGIA Michał Łęski ul. Jędrówizna 5, 92-007 Łódź będą lekarze stomatolodzy, asystentki i higienistki stomatologiczne, technicy protetyczni, obsługa informatyczna.
5. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania , po tym czasie przez okres co najmniej 20 lat oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
6. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - *żądania od administratora dostępu do danych osobowych,
 - *prawo do ich sprostowania i uzupełnienia, gdy są nieprawidłowe lub niekompletne,
 - *usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - *prawo do przenoszenia danych,
 - *prawo do cofnięcia zgody (jeśli nie nastąpi wykonanie świadczeń medycznych),
 - *prawo do wiedzy o pochodzeniu danych osobowych, gdy są z innych źródeł,
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych – na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez Administratora, jeśli uzna Pani/Pan za uzasadnione, że Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez administratora będzie skutkować brakiem możliwości podjęcia leczenia.

Data i czytelny podpis Pacjenta