**Oświadczenie Pacjenta** Bolesławiec, dnia ………………………………….

………………………………………………………………...

Imię i nazwisko

………………………………………………………………...

Adres zamieszkania

………………………………………………………………...

PESEL, seria i nr dowodu osobistego

………………………………………………………………...

Telefon komórkowy i email\*

Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonywanie badań i świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto oświadczam, że niniejsza zgoda jest wyrażana po udzieleniu mi przez lekarza odpowiedniej informacji o moim stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

…………………………………………………………….

Podpis

Oświadczam, że upoważniam:

1. …………………………………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………………………………….

PESEL/ seria i nr dowodu osobistego

…………………………………………………………….

Telefon komórkowy/email

1. …………………………………………………………….

Imię i nazwisko

…………………………………………………………….

Adres zamieszkania

…………………………………………………………….

PESEL/seria i nr dowodu osobistego

…………………………………………………………….

Telefon komórkowy /email

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia oraz o udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do odbioru moich recept i wyników badań.

…………………………………………………………….

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Przychodnię Lekarską "FONS VITAE" Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Bolesławcu, w celu kontaktu z pacjentem pod podanym numerem telefonu lub za pośrednictwem podanego adresu e-mail.

…………………………………………………………….

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych osobowych Przychodnię Lekarską "FONS VITAE" Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Bolesławcu w celu przesyłania mi informacji handlowych drogą elektroniczną, w tym na kontakt pod podanym numerem telefonu, a także na otrzymywanie wiadomości sms oraz wiadomości elektronicznych na podany przeze mnie adres e-mail.

…………………………………………………………….

Podpis

INFORMACJA

O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

przez Przychodnię Lekarską "FONS VITAE" Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Bolesławcu

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Przychodnia Lekarska "FONS VITAE" Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Bolesławcu, ul. Karola Miarki 29, 59-700 Bolesławiec.
2. Podane dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji świadczeń medycznych przez Administratora, w szczególności w celu wykonywania badań oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawą przetwarzania danych osobowych jest art. 9 ust. 2 lit. h RODO oraz w przypadku wyrażenia zgody na kontakt z pacjentem lub zgody na przesyłanie informacji handlowych droga elektroniczną art. 6 ust. 1 lit. a RODO, zgodnie z celami wskazanymi w poszczególnych zgodach.
3. Odbiorcą danych osobowych mogą być inne podmioty współdziałające z Administratorem w realizowaniu przez niego świadczeń medycznych na rzecz Pacjentów. Podmioty, którym mogą zostać udostępnione dane osobowe, zobowiązują się do zachowania poufności oraz wdrożenia odpowiednich środków technicznych i organizacyjnych, gwarantujących ochronę powierzonych danych osobowych.
4. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia świadczenia usług medycznych na rzecz Pacjenta w ramach działalności prowadzonej przez Administratora, nie krócej niż przez okres przechowywania wynikający z obowiązujących przepisów prawa, tj. domyślnie 20 lat.
5. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie (w przypadku gdy dane przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO).
6. Posiadam prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) i f) RODO lub w celach marketingu bezpośredniego.
7. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pośrednictwem adresu email sekretariat@bojarski.net.pl.
8. Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w razie przetwarzania danych osobowych z naruszeniem przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) oraz wszelkich innych regulacji krajowych służących stosowaniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Dane osobowe podawane są dobrowolnie, jednak ich podanie jest wymogiem koniecznym realizacji świadczeń medycznych.