|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

W związku z obowiązkiem wynikającym z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych oraz w sprawie swobodnego przepływu takich danych, które wchodzi w życie 25 maja 2018 oraz uchylania dyrektywy 95/46/WE (szerzej znanemu jako „RODO”), przedstawiamy zasady, na jakich przetwarzamy Państwa dane.

Imię i nazwisko………………………………………………………………….

* Administratorem Państwa danych jest: Przychodnia przy Ostrobramskiej Z. Wroński, Z. Zdrajkowski sp. k., 04-041 Warszawa, Ostrobramska 101.
* Podczas korzystania z usług medycznych, konieczne będzie stworzenie oraz prowadzenie dokumentacji medycznej z przebiegu Państwa leczenia, w tym celu niezbędne będzie zebranie takich danych jak: imię i nazwisko, płeć, wiek, PESEL, adres korespondencyjny, numer telefonu oraz wszelkie informacje związane z Państwa stanem zdrowia
* Przetwarzamy Państwa dane osobowe jako podmiot leczniczy a celem tego przetwarzania jest zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie systemami i usługami opieki zdrowotnej przez co rozumiemy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel przetwarzania danych:** | **Podstawa prawna przetwarzania danych:** |
| Ustalenie tożsamości przed rozpoczęciem świadczeń | Art.6 ust. 1 lit. c oraz art.9 ust. 2 lit. H RODO w zw. z art. 25 pkt. 1 Ustawy o prawach pacjenta oraz par.10 ust.1 pkt 2 Rozporządzenia MZ |
| Prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej. | Art. 9 ust. 2 lit. h RODO w zw. z. art. 24 ust.1 Ustawy o prawach pacjenta oraz Rozporządzenia MZ |
| Odbieranie i archiwizowanie oświadczeń, w których upoważniają Państwo inne osoby do dostępu do Państwa dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie Państwa zdrowia. | Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z. art. 9 ust. 3 oraz art.26 ust.1 Ustawy o prawach pacjenta oraz paragraf 8 ust. 2 Rozporządzenia MZ |
| Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Państwa danych w tym celu. | Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i ochrona naszych praw. |
| Prowadzenie ksiąg rachunkowych oraz obowiązki podatkowe takie jak konieczność wystawiania rachunków oraz faktur za wykonywane przez nas usługi co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Państwa danych osobowych. | Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości |

* Poufność Państwa danych jest dla nas priorytetem jednak z uwagi na konieczność zapewnienia sprawnego działania naszej placówki, Państwa dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:

1. Podmiotom odpowiedzialnym za ubezpieczenia społeczne, jednostkom publicznym (Narodowy Fundusz Zdrowia, Urząd Marszałkowski)
2. Laboratoriom analitycznym i pracowniom diagnostycznym
3. Osobom upoważnionym przez Państwa w ramach realizacji praw pacjenta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* Nie przekazujemy Państwa danych osobowych do państw znajdujących się poza EOG (Europejskim Obszarem Gospodarczym).
* W przypadku przetwarzania Państwa danych medycznych mamy obowiązek przechowywania ich, co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w dokumentacji ostatniego wpisu. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń, przetwarzamy dane przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów Kodeksu Cywilnego. Po upływie ww okresów Państwa dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.
* Korzystanie z usług „Przychodnia przy Ostrobramskiej Z. Wroński, Z. Zdrajkowski sp. k.” jest całkowicie dobrowolne, jednakże jako podmiot świadczący usługi lecznicze jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do przetwarzania danych pacjenta. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową udzielenia świadczeń.
* Jako administrator Państwa danych zapewniamy Państwu prawo dostępy do danych, sprostowania ich, żądanie usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Mogą Państwo także skorzystać z uprawnienia do złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora. Informujemy także, że przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.

Imię i nazwisko………………………………………………………………….

Data i czytelny podpis pacjenta

……………………………………………………………………………………