

Częstochowa, dnia

KLAUZULA INFORMACYJNA - ART. 13 ust. 1 i ust. 2, art. 14 RODO

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT LUB ZLECEŃ

Ja, niżej podpisany(a)

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL)

legitymujący(a) się

.....
(rodzaj, seria i nr dokumentu potwierdzającego powyższe dane)

niniejszym upoważniam

.....
(imię, nazwisko, adres zamieszkania, PESEL)

do odbioru recept lub zleceń wystawionych w ramach realizacji mojego prawa do świadczeń, zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 2018 poz. 617)

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art.6 ust.1 lit. c 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez **NZOZ Przychodnia Lekarska „Nord Med” Sp. z o.o. Częstochowa, ul. Michałowskiego 6**

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Klauzulą Informacyjną przekazaną zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 oraz art. 14 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych zwanego RODO.

.....
(podpis upoważniającego)

Oświadczenie powyższe dotacza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta.

Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 2018 poz. 617)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1) informuję, że:

- 1) Administratorem Danych Osobowych jest NZOZ Przychodnia Lekarska „Nord Med” Sp. z o. o. z siedzibą w Częstochowie, przy ul. Michałowskiego 6, 42-200 Częstochowa (dalej jako „ADO”).
- 2) ADO wyznaczył Inspektora Ochrony Danych w osobie: Wacław Knura, z którym można się skontaktować pod adresem ul. Michałowskiego 6, 42-200 Częstochowa oraz iod@nordmed.pl.
- 3) Odbiorcą danych osobowych będą: NZOZ Przychodnia Lekarska „Nord Med” Sp. z o. o. personel obsługujący, osoby upoważnione, inne podmioty przewidziane w przepisach szczególnych.
- 4) Dane osobowe będą przechowywane przez okres przewidziany przepisami prawa lub do czasu spełnienia celu, dla którego zostały zebrane, nie dłużej niż 31 lat.
- 5) Przysługuje Pani/Panu :
 - na podstawie art. 15 RODO prawo dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących,
 - na podstawie art. 16 RODO prawo do sprostowania Pani/Pana danych osobowych,
 - na podstawie art. 17 RODO prawo do usunięcia danych, za wyjątkiem przewidzianym ust. 3 lit. b, c, d lub e tego przepisu,
 - na podstawie art. 18 RODO prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO,
 - na podstawie art. 20 RODO prawo do przenoszenia swoich danych osobowych,
 - na podstawie art. 21 RODO prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, za wyjątkiem zgromadzonych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e-f RODO,
- 6) W dowolnym momencie ma Pan/Pani prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 7) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
- 8) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości dalszego procedowania.
- 9) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania oraz nie będą przekazywane do krajów trzecich