

FORMULARZ INFORMACYJNY RODO I ZGODY PACJENTA

**Sanatus Clinic Sp. z o.o., 75-523 KOSZALIN, ul. PIŁSUDSKIEGO 85, NIP:
6692564548, Regon: 000000258888**

Dane pacjenta

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

Numer telefonu: Adres e-mail:

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO”) informujemy, że:

1. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Sanatus Clinic Sp. z o.o.** z siedzibą w **Koszalinie, ul. Piłsudskiego 85.**

2. Kontakt z administratorem

Kontakt z administratorem możliwy jest pod adresem e-mail: **iod@sanatus.eu** lub telefonicznie: **604 54 03 03.**

3. Inspektor Ochrony Danych

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się pod adresem e-mail: **iod@sanatus.eu.**

4. Cele i podstawy przetwarzania danych

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu:

- udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zapewnienia opieki zdrowotnej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO,
- realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o działalności leczniczej oraz przepisów dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- kontaktu telefonicznego lub elektronicznego w sprawach związanych z leczeniem – na podstawie Pani/Pana zgody (jeżeli zostanie wyrażona),
- przekazywania informacji o działalności przychodni – na podstawie Pani/Pana zgody (jeżeli zostanie wyrażona).

5. Odbiorcy danych

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w szczególności Narodowy Fundusz Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, laboratoria, podmioty

wykonywujące badania diagnostyczne, podmioty świadczące usługi informatyczne oraz inne podmioty uczestniczące w procesie leczenia.

6. Okres przechowywania danych

Dane medyczne będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa, co do zasady przez **20 lat** od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej, chyba że przepisy szczególne przewidują dłuższy okres przechowywania.

7. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w przypadkach przewidzianych prawem oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

8. Dobrowolność podania danych

Podanie danych niezbędnych do udzielenia świadczenia zdrowotnego jest obowiązkowe na podstawie przepisów prawa. Podanie numeru telefonu i adresu e-mail jest dobrowolne.

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA KLAUZULI INFORMACYJNEJ

☐ Potwierdzam otrzymanie i zapoznanie się z powyższą Klauzulą Informacyjną RODO.

ZGODY PACJENTA

1. Kontakt telefoniczny i elektroniczny w sprawach leczenia

☐ Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny, SMS oraz e-mailowy w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w szczególności w celu potwierdzania i przypominania terminów wizyt, informowania o zmianach terminów oraz przekazywania informacji związanych z procesem leczenia.

2. Informacje o działalności przychodni

☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą telefoniczną, SMS oraz pocztą elektroniczną informacji dotyczących działalności prowadzonej przez przychodnię, w tym informacji o programach profilaktycznych, akcjach zdrowotnych, nowych usługach oraz wydarzeniach organizowanych przez przychodnię.

Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie powyższych zgód jest dobrowolne i może zostać wycofane w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed ich wycofaniem.

Miejscowość:

Data:

Czytelny podpis pacjenta: