

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Tytuł badania: „Stworzenie repozytorium materiału biologicznego pobranego od pacjentów z podejrzeniem zakażenia patogenami dróg oddechowych wraz z przeprowadzeniem badań potwierdzających obecność patogenu”

Ja niżej podpisany(a)..... oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych do udziału w badaniu/projekcie: „Stworzenie repozytorium materiału biologicznego pobranego od pacjentów z podejrzeniem zakażenia patogenami dróg oddechowych wraz z przeprowadzeniem badań potwierdzających obecność patogenu”

Przeczytałem/łam i zrozumiałem/am informacje dotyczące programu badań, w którym mam uczestniczyć.

Zostałem/am poinformowany, że:

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 Administratorem moich danych osobowych jest **PURE CLINICAL LAB NETWORK Sp. z o.o.** z siedzibą w Słupsk, przy ul. Maurycyego Mochnackiego 2, 76-200 Słupsk.

W kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych można się kontaktować pod adresem e-mail: rodo@pureclinical.eu

Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji badania pod tytułem: „*Stworzenie repozytorium materiału biologicznego pobranego od pacjentów z podejrzeniem zakażenia patogenami dróg oddechowych wraz z przeprowadzeniem badań potwierdzających obecność patogenu*” na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

Moje dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie:

- osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych,
- podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia,
- przedstawicielom krajowych, zagranicznych lub międzynarodowych instytucji nadzorujących badanie kliniczne po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale V Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679,
- innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

Dane osobowe wykorzystywane w badaniach przechowywane będą wyłącznie przez okres wymagany przez obowiązujące przepisy prawa.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.

Zostałam/em poinformowany, iż wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Mam prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzasadnione jest , że Pani /Pana dane osobowe przetwarzane są przez administratora niezgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679

Oświadczam, że podanie danych osobowych było dobrowolne.

Zostałem/am poinformowany(a), że decyzje w sprawie danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, nie będę podlegał(a) profilowaniu.

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestnik badania:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Podpis i Data złożenia

Opiekun/ni uczestnik badania:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Podpis i Data złożenia