

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko pacjenta: PESEL:

Zgodnie z art. 13 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, dalej Rozporządzeniem) Pure Clinical Lab Network Sp. z o.o. (zwane dalej Administratorem lub Medycznym Laboratorium Mikrobiologicznym) informuje, że:

- Administrator danych osobowych przetwarzanych przez Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne jest Pure Clinical Lab Network Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Maurycego Mochackiego 2; 76-200 Słupsk, kontakt mailowy: kontakt@pureclin.com
- w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można się kontaktować pod adresem e-mail: rodo@pureclinical.eu,
- dane osobowe przetwarzane będą w celu wykonania usług medycznych na podstawie Ustawy z dnia 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w zakresie : nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL,
- dane osobowe będą przetwarzane w celu wykonania badań oraz realizacji obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej przez okres wynikający ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta; z art. 29.1 pkt. 3 lit. a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem zlecenia lub zlecenia lekarza,
- podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne do skorzystania z oferty usług medycznych Medycznego Laboratorium Mikrobiologicznego. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z usług świadczonych przez Administratora,
- dane osobowe mogą być udostępniane NFZ, prawnym opiekunom, osobom upoważnionym przez Panią/Pana oraz innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych,
- ma Pani/Pan 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 (wymagana forma pisemna),
- ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w razie uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w zakresie adresu e-mail i/lub numeru telefonu kontaktowego, w celu informowania Pani/Pana o odwołaniu lub przełożeniu terminu wizyty oraz możliwości przesłania wyników badań lub konsultacji wyników na podany adres e-mail, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane mogą być w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail w celu marketingu bezpośredniego (akcje promocyjne, nowości, itp.), na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody.

Oświadczam, że:

Wyrażam / Nie wyrażam

zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail, w celu informowania mnie o odwołaniu lub przełożeniu terminu wizyty, konsultowania wyników telefonicznie lub za pośrednictwem e-maila oraz przesłania wyników na mój adres e-mail.

.....
czytelny podpis

Wyrażam / Nie wyrażam

zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail w celu marketingowym, między innymi w celu przesłania informacji o dostępnych promocjach usług realizowanych.

.....
czytelny podpis

Potwierdzam, że zapoznałam (-em) się i przyjmuję do wiadomości powyższe informacje.

Wyrażam zgodę na pobranie materiału biologicznego.

.....
czytelny podpis