

Zielona Góra, dnia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/ny o tym, że administratorem moich/mojego dziecka* danych osobowych jest *Przychodnia Lekarska „RODZINNA” W. Szlęk-Królikowska & A. Szumkowska, Spółka Jawna* zwany dalej *Przychodnią* oraz że:

- 1) Moje/mojego dziecka* dane osobowe są zbierane i przetwarzane przez *Przychodnię* w celu ochrony stanu zdrowia oraz świadczenia usług medycznych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h i/lub art. 6 ust. 1 lit b, d **ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016 r.(RODO)**.
- 2) Jestem zobowiązany do podania swoich/mojego dziecka* danych osobowych w celu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz mam prawo dostępu do treści tych danych oraz żądania ich poprawiania. podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest: Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, 1524), Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 r. poz. 160), Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).
- 3) Moje/mojego dziecka* dane osobowe mogą być udostępnione na zasadach określonych w przepisach prawa.
- 4) Moje/mojego dziecka* dane osobowe nie będą udostępniane przez administratora innym odbiorcom, ani przekazywane do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.
- 5) Wiem także, że posiadam prawo do:
 - a) żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec tego przetwarzania,
 - c) przenoszenia danych,
 - d) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - e) cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 6) Moje/mojego dziecka* dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 7) Moje/mojego dziecka* dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania obowiązków wynikających z art. 29 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, 1524).

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

Jeżeli pacjent ukończył 16 lat a nie ukończył 18 lat informacja powinna być podwójna tj. adresowana do pacjenta i jego przedstawiciela ustawowego.