



KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z Art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 osobowych) (Dz. U. UE L z 2016 r. nr 119 s. 1 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych pacjenta, dla którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym jest **NZOZ Specjalistyczny Ośrodek Internistyczno-Diabetologiczny Małgorzata Arciszewska**, Zamenhofa 10/20, 15-435 Białystok, NIP 966-055-79-43, REGON 50178489,
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem e-mail: iod@arciszewski.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe lub dane osobowe pacjenta, dla którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym, przetwarzane będą w celu wykonywania działalności leczniczej obejmującej swoim zakresem udzielanie świadczeń zdrowotnych, profilaktykę zdrowotną, medycynę pracy oraz w celu zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej (na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c oraz na podstawie Art. 9 ust 2 lit. h Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa krajowego),
- 4) jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w celach marketingowych polegających na przekazywaniu informacji o ofercie i o usługach Ośrodka poprzez kontakt telefoniczny lub e-mail (podstawa prawna Art. 6 ust. 1 lit. a Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych),
- 5) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych pacjenta, dla którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na mocy przepisów prawa, w szczególności na podstawie art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity Dz.U. 2017 poz. 1318, z późn. zm.) oraz osoby wskazane przez Panią/Pana w upoważnieniach,
- 6) Pani/Pana dane osobowe lub dane osobowe pacjenta, dla którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym przechowywane będą przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem sytuacji wskazanych w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 7) posiada Pani/Pan prawo żądania od Administratora (dotyczy to Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych pacjenta, którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym): dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia, a także usunięcia danych osobowych, z zastrzeżeniem, że usunięcie danych osobowych będzie zrealizowane, jeśli administrator nie jest zobowiązany przepisami prawa do ich dalszego przetwarzania,
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia,
- 9) podanie przez Panią/Pana swoich danych osobowych lub danych osobowych pacjenta, którego jest Pani/Pan przedstawicielem ustawowym jest wymogiem ustawowym, odmowa podania danych może uniemożliwić udzielenia świadczeń zdrowotnych,
- 10) Administrator danych osobowych nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z wyżej wymienionymi zapisami Klauzuli Informacyjnej i są one dla mnie zrozumiałe.

.....
(podpis pacjenta lub przedstawiciela ustawowego pacjenta)