

## Oświadczenie

Ja, .....  
(imię i nazwisko)

**Wyrażam zgodę na leczenie dziecka:.....  
w Szpitalu Rehabilitacyjnym Hematologicznym dla Dzieci „ORLIK” w Kudowie Zdroju  
w okresie od .....do.....**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych moich oraz dziecka przez „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o. o. w zakresie niezbędnym dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, prowadzenia badań klinicznych oraz do innych celów naukowych.**

Upoważniam do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....  
adres: .....  
tel. ....

2. Imię i nazwisko:.....  
adres: .....  
tel. ....

Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej dotyczącej mojego zdrowia dziecka oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych następujące osoby:

1. Imię i nazwisko:.....  
adres: .....  
tel. ....

2. Imię i nazwisko:.....  
adres: .....  
tel. ....

Wyrażam zgodę na:  
– wymagane podczas pobytu konsultacje specjalistyczne  
– pobyt na oddziale SOR i innych oddziałach szpitalnych  
– wykonanie zdjęć RTG i innych niezbędnych badań

Nie wyrażam zgody na udostępnienie informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych mu świadczeniach zdrowotnych.

Nie wyrażam zgody na udostępnienie dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia dziecka oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych.

Przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem przekazanych przeze mnie danych osobowych wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych jest „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o. o., ul. Parkowa 3, 58-351 Sokołowsko.
2. Dane osobowe przetwarzane są w celach świadczenia usług medycznych, kontaktu, zarządzania usługami medycznymi, finansowych oraz archiwalno-statystycznych, prowadzenia badań klinicznych oraz do innych celów naukowych.
3. Przysługuje mi prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
4. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji usług medycznych.
5. Dane udostępnione przeze mnie nie będą udostępniane podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
6. Dane udostępnione przeze mnie nie będą podlegały profilowaniu.
7. Administrator nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres, w jakim będzie odbywało się świadczenie usług medycznych, oraz okres przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, zgodnie z przepisami określonymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Do przetwarzania danych osobowych dopuszczone są osoby pracujące na stanowiskach, dla których dostęp do danych został zdefiniowany jako uzasadniony i wynika ściśle z zakresu obowiązków pracownika. Wszyscy pracownicy spółki „Sanatoria Dolnośląskie” zostali upoważnieni przez Administratora Danych Osobowych i zobowiązani do stosowania Polityki Bezpieczeństwa oraz Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym. Wszyscy pracownicy zostali również odpowiednio przeszkoleni z zasad bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.  
***Inspektorem Danych Osobowych w Spółce jest Pani Magdalena Motyl, tel. 74/845-82-40, e-mail: iod@sanatoria-dolnoslaskie.pl.***

.....  
Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego                      Data

10. Potwierdzam złożenie podpisu przez upoważniającego w mojej obecności

.....  
Podpis Pracownika                      Data