

ZGODA NA PRZYJĘCIE
DO ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO / ODDZIAŁU GRUŹLICY I CHOROÓB PŁUC
/ ODDZIAŁU MEDYCYNY PALIATYWNEJ

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM ODDZIAŁU/ZAKŁADU
ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i Nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Nr tel.:

E-mail:

Ja, niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przyjęcie i pobyt do
2. Zgadzam się na proponowane leczenie.
3. Potwierdzam zapoznanie się i zobowiązuję się do przestrzegania wszelkich przepisów wewnętrznych obowiązujących w jednostkach spółki, w tym w szczególności:
 - Regulaminu Porządkowego w oddziałach Spółki.
 - Zarządzenia nr 45/2015 Prezesa Zarządu Sanatoria Dolnośląskie sp. z o.o. w sprawie zasad przyjmowania i rozpatrywania skarg wnoszonych przez pacjentów (każdy pacjent ma prawo złożyć skargę w formie pisemnej, elektronicznej lub ustnej do protokołu).
4. Zostałem poinformowany, iż:
 - w każdej jednostce spółki znajduje się Karta Praw Pacjenta do wglądu,
 - o możliwości skorzystania z porady psychologicznej lub psychiatrycznej na każdym etapie leczenia.

Potwierdzam, że rozumiem ich treść i akceptuję je w całości.

Miejscowość i data

Podpis

5. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych obejmujących imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail, przez **Sanatoria Dolnośląskie spółkę z o. o. z siedzibą w Sokołowsku** ul. Parkowa 3, 58-351 Sokołowsko, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia - Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000128228 (dalej: **Spółka lub Administrator**), która to Spółka będzie administratorem moich danych osobowych, w celu:
 - zawarcia umowy i realizacji ewentualnie zakupionych usług, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a-c RODO
 - obsługi składanych zapytań, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a-b RODO
 - udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Miejscowość i data

Podpis

6. Osoba do kontaktu (adres, telefon):

.....

Miejscowość i data

Podpis

7. Osoba upoważniona do uzyskania informacji o moim stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania dokumentacji medycznej (adres, telefon):

.....

Miejscowość i data

Podpis

8. Zostałem/am poinformowany/a, iż:

- podstawą przetwarzania moich danych osobowych jest niniejsza zgoda;
- przetwarzanie będzie odbywać się w celach wskazanych powyżej;
- moje dane mogą być przekazywane następującym podmiotom: podmiotom medycznym, gdy zajdzie taka uzasadniona konieczność, organom sądowym, agencjom państwowym lub organom publicznym, na żądanie oraz w zakresie dozwolonym przez prawo, niektórym osobom wykonującym regulowane zawody, takim jak prawnicy lub audytorzy.
- moje dane mogą być przekazywane innym podmiotom, które przetwarzają dane w imieniu Administratora, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
- moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych;
- przysługują mi: prawo do dostępu do treści moich danych i ich sprostowania, usunięcia danych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych - bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce do czasu realizacji jednego z tych praw (*wycofanie zgody nie powoduje skutków prawnych wstecz*);
- Administrator będzie przetwarzał moje dane przez okres niezbędny dla realizacji celów przetwarzania nie dłużej jednak niż do momentu wycofania przeze mnie niniejszej zgody,
- przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, które miało miejsce przed cofnięciem zgody;
- przysługuje mi również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli sposób przetwarzania moich danych będzie niezgodny z prawem;
- decyzje na podstawie moich danych osobowych nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany w tym nie podlegają profilowaniu;
- wyrażenie niniejszej zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu realizacji świadczonej lub zakupionej usługi.

Miejscowość i data

Podpis