

.....
Miejscowość, data

Dane pacjenta:

<i>Imię i nazwisko</i>	
<i>PESEL</i>	
<i>Adres zamieszkania</i> <i>(ulica, kod pocztowy, miejscowość)</i>	
<i>Oddział NFZ</i> <i>(województwo zgodne z adresem zamieszkania)</i>	15 Wielkopolski /
<i>telefon</i>	
<i>e-mail</i>	<i>do czego użyjemy emaila? alternatywne źródło kontaktu, przekazywanie ważnych informacji</i>

**FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ PRO LIFE CLINIC sp. z o.o.**

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Pro Life Clinic sp. z o.o. do celów:

Związanych z realizacją świadczeń medycznych (przeprowadzanie badań, udzielanie innych świadczeń zdrowotnych, rozliczanie świadczeń).

.....
(czytelny podpis)

Czy niniejsza zgoda jest zrozumiała? Proszę zaznaczyć odpowiedź

☐ TAK ☐ NIE

Przyjmuję do wiadomości, iż lekarze pracujący w Pro Life Clinic sp. z o.o. z siedzibą w 61-519 Poznań, ul. Antoniego Kosińskiego 14/1, mogą korzystać z Klauzuli Sumienia.

.....
(czytelny podpis)

Pacjent zapoznał się z klauzulą informacyjną i została mu ona wydana.

.....
(data, czytelny podpis osoby przyjmującej dokument)

KLAUZULA INFORMACYJNA

(dokument dla pacjenta)

.....

Poznań, dn.

(pieczęć placówki)

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Pro Life Clinic sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (61-519) ul. Kosińskiego 14/1.
- 2) W Pro Life Clinic sp. z o.o. ustanowiony jest Inspektor Danych Osobowych, z którym kontakt jest możliwy za pośrednictwem poczty email iod@prolifeclinic.pl.
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczonych usług, w tym usług i badań medycznych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą lekarze i specjaliści pracujący w Pro Life Clinic sp. z o.o. (zwanej dalej Przychodnią), pracownicy rejestracji i administracji Przychodni, firma zewnętrzna świadcząca usługi w zakresie zapewniania programu informatycznego do obsługi Przychodni, firma zewnętrzna świadcząca usługi w zakresie serwisu sprzętu medycznego należącego do Przychodni, firma zewnętrzna świadcząca usługi w zakresie badań laboratoryjnych, firma zewnętrzna zajmująca się obsługą księgową Przychodni.
- 5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj 20 lat od daty ostatniej wizyty, a w przypadku dziecka do ukończenia 2 roku życia przez okres 22 lat (podstawa prawna art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
- 6) posiada Pani/ Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W niektórych przypadkach, po udzieleniu odrębnej i wyraźnej informacji, Administrator może przechowywać dane nadal.
- 7) istnieje możliwość wniesienia skargi do organu nadzorczego na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z mocy przepisu prawa tj. ustawy o działalności leczniczej i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a brak podania danych osobowych będzie skutkował możliwością odstąpienia od udzielenia świadczeń, chyba, że inne przepisy stanowią inaczej.