##  **Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

**1. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych takich jak:**

Imię, nazwisko …………………………………………………………………………………………….

PESEL/data urodzenia……………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania………………………………………………………………………………………

Numer telefonu…………………………………………………………………………………………….

Adres e-mail………………………………………………………………………………………………….

przez Hannę Piechocką ( Administrator ) prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą

**GABINET GINEKOLOGICZNY Hanna Piechocka ginekolog - położnik,**

**ul. Wańkowicza 7 lok. 1B, 02-796 Warszawa, NIP: 9511467790, REGON: 010896543,**

 w celu:

1. podjęcia czynności przed udzieleniem świadczenia, na stanowiskach recepcyjnych czy w gabinecie lekarskim,
2. realizacji procedur medycznych wynikających ze stanu zdrowia pacjenta w zakresie:

 - rozpoznania stanu zdrowia,

 - realizacji badań diagnostycznych,

- postawienia diagnozy,

- wystawiania recept,

- wystawiania zaświadczeń,

1. prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej,
2. realizacji praw pacjenta poprzez odbieranie i archiwizację oświadczeń, w których pacjent upoważnia inne osoby do dostępu do dokumentacji medycznej oraz udzielania im informacji o stanie zdrowia,
3. kontaktu pod podanym numerem telefonu czy adresem e-mail, aby np. potwierdzić rezerwację czy poinformować o możliwości odbioru wyniku badań,
4. zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
5. wypełnienia ciążących na Administratorze obowiązków podatkowych, księgowych, rachunkowych,
6. wystawienia i przechowywania faktur.

**2. Podanie moich danych jest dobrowolne i zgodne z prawdą.**

**3. Rozumiem, że przetwarzanie moich danych osobowych odbywa się na podstawie:**

1. udzielonej zgody,
2. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
3. obowiązku ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej;
4. niezbędności przetwarzania danych osobowych do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora lub przez stronę trzecią

,

**4. Zostałem/łam poinforomowany/a:**

 a) o możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie

 b) iż moje dane osobowe są przechowywane nie dłużej aniżeli istnieje moja zgoda; ( w przypadku cofnięcia zgody dane są niezwłocznie usunięte przez Administratora, chyba, że będą miały zastosowanie inne cele uzasadniające przetwarzanie danych osobowych),

 c) iż korzystanie z usług Administratora jest w pełni dobrowolne, jednakże jako podmiot leczniczy Administrator zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób określony przepisami prawa, w tym do oznaczenia tożsamości pacjenta z wykorzystaniem jego danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową rezerwacji wizyty czy udzielenia świadczenia zdrowotnego. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych Administrator posiada obowiązek prawny przetwarzania Twoich danych, brak ich podania może skutkować np. niemożnością wystawienia faktury czy imiennego rachunku.

 d) że posiadam prawo:

* żądania od Administratora dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych przez Administratora
* przenoszenia danych osobowych,
* wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
* cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

**5. Wyarażam zgodę na przekazanie moich danych ososobowych podmiotom trzecim**,

 z którymi współpracuje Administrator w zakresie realizacji celu przetwarzania danych osobowych, a więc podmiotom wykonującym na rzecz Administratora badania, podmiotom współpracującym z Administratorem w zakresie obsługi rejestracji i poczekalni, podmiotom wykonującym na rzecz Administratora obsługę systemu informatycznego.

**6. Zostałem/am poinformowany/a, że**

 Administrator nie dokonuje zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych zmierzających do wykorzystania danych osobowych do oceny czynników osobowych osoby, której dane dotyczą (profilowanie) oraz że udzielenie zgody jest warunkiem realizacji celów przetwarzania danych osobowych.

**7. Wyrażam zgodę na udzielanie informacji o stanie mojego zdrowia i o leczeniu oraz wydawanie mojej dokumentacji medycznej , upoważnionym poniżej przeze mnie osobom :**

 **( imię nazwisko data urodzenia)**

……………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………

 Data i podpis pacjenta