

ZGODA PACJENTA NA WYSYŁKĘ WYNIKÓW BADAŃ NA ADRES E-MAIL

Ja, _____ niżej podpisany/a,
(imię i nazwisko Pacjenta)

urodzony/a w dniu _____ r. zwracam się z uprzejmą prośbą o

wysłanie wyników badań: _____
(proszę wpisać nazwę badania)

wykonanych w dniu _____ w Centrum Medycznym MediSpace,

mieszczącym się przy ul. Spokojnej 5 (01-044) w Warszawie, na podany poniżej adres e-mail:

(czytelny adres e-mail)

Jednocześnie jestem świadomy/a, że w przypadku podania nieprawdziwego lub nieprawidłowego adresu poczty elektronicznej, wyniki moich badań, stanowiące jednocześnie wrażliwe dane osobowe, mogą trafić do osób niepożądanych, za co Centrum Medyczne MediSpace nie ponosi odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

- 1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest MediSpace Sp. z o.o., adres: ul. Spokojna 5, 01-044 Warszawa;
- 2) administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: inspektor.danych@medispace.pl;
- 3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. Laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
- 5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
- 6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

- 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z ustawy z dnia 6 listopada 2008r. O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
- 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej;
- 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

Warszawa, _____

(data)

(podpis Pacjenta)