



OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/-a
PESEL..... niniejszym zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO* wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Zachodnie Centrum Medyczne spółka z o.o. z siedzibą w Krośnie Odrzańskim. Tym samym: wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych tj. danych dotyczących stanu zdrowia, danych biometrycznych czy genetycznych dla potrzeb związanych ze świadczeniem usług medycznych i pielęgnacyjnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu, a także prowadzenia przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej przez Zachodnie Centrum Medyczne spółka z o.o. z siedzibą w Krośnie Odrzańskim.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/-am również poinformowany/-a o tym, że dane zbierane są przez Zachodnie Centrum Medyczne spółka z o.o. z siedzibą w Krośnie Odrzańskim, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania, oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
miejsce, data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego

* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

*** odpowiednie skreślić**