

## Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji usług medycznych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016,679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Akademię Zdrowia Sp. z o.o. Sp. Komandytowa 90-205 Łódź, ul Kilińskiego 21 takich jak:

imię nazwisko.....

PESEL ....., adres zamieszkania .....

dodatkowo w celu:

informacyjnym Tel. ....e-mail .....

marketingowym Tel. ....e-mail .....

Oświadczam, że upoważniam:

**TAK/NIE** do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i wynikach badań oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

.....  
(imię , nazwisko, PESEL)

(miejscowość, data) .....

(podpis).....

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana o możliwości wycofania zgody na przetwarzanie wyżej wymienionych danych w formie pisemnej w siedzibie Akademii Zdrowia Sp. z o.o. Sp. Komandytowej 90-205 Łódź, ul Kilińskiego 21.

(podpis).....

### Klauzula informacyjna

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016,679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Akademia Zdrowia Sp. z o.o. Sp. Komandytowa 90-205 Łódź, ul Kilińskiego 21

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany przepisami prawa.

Posiada Pani/Pan prawo:

- 1) dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania;
- 2) usunięcia danych osobowych;
- 3) ograniczenia przetwarzania;
- 4) prawo wniesienia sprzeciwu;
- 5) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 6) wniesienia skargi do PUODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Podanie przez Pana/Panią podstawowych danych osobowych jest: *warunkiem zawarcia umowy.*

Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa rejestracji w przychodni.

Pełna treść informacji wywieszona jest w budynku przychodni. Na żądanie udostępnia się ją w formie drukowanej osobie wyrażającą zgodę.