



# holistic physio

CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ

## OŚWIADCZENIE

Imię i Nazwisko:

Pesel:

Nr telefonu:

Zgodnie z art.23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016r. poz. 922.) WYRAŻAM ZGODĘ na przetwarzanie danych osobowych przez Holistic Physio Centrum Rehabilitacji Holistycznej Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-661) przy ul. Wita Stwosza 20 w tym danych osobowych dotyczących stanu zdrowia i wynikających z dokumentacji medycznej oraz w celu komunikacji w zakresie korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt, jak również informacji o działalności Holistic Physio Centrum Rehabilitacji Holistycznej Sp. z o.o.

Jednocześnie OŚWIADCZAM, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016r. poz. 922.) ZOSTAŁEM POINFORMOWANA/Y o tym, że dane zbierane są przez Holistic Physio Centrum Rehabilitacji Holistycznej Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie (02-661) przy ul. Wita Stwosza 20, o celu zbierania danych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....

Data

.....

Podpis pacjenta



# holistic physio

CENTRUM REHABILITACJI HOLISTYCZNEJ

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Holistic Physio Centrum Rehabilitacji Holistycznej Sp. z o.o. REGON: 380460454 NIP: 5213830389, ul. Wita Stwosza 20, 02-661 Warszawa.

W sprawach związanych z Pana/i danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych

1. Dane będą przetwarzane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych w tym prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zarządzania procesem udzielania świadczeń na podstawie: - Art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO\* w zw. z art. 25 pkt 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz art. 10 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu ustalenia tożsamości przed udzieleniem świadczenia, w szczególności weryfikację danych podczas telefonicznego i osobistego umawiania wizyty. - Art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. - Art. 9 ust. 2 lit. h RODO\* w zw. z art. 24 ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej - Art. 6 ust. 1 lit. c RODO\* w zw. z art. 9 ust. 3 oraz art. 26 ust. 1 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 oraz art. 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania w celu odbierania i archiwizowania upoważnienia dostępu do dokumentacji medycznej oraz udzielania informacji o stanie zdrowia. - Art. 6 ust. 1 lit. f RODO\* w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Administratora w szczególności Telefonicznego potwierdzenia lub odwołania wizyty lekarskiej. - Art. 6 ust. 1 lit. c RODO\* w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości w celu przetwarzania dokumentacji księgowo – podatkowej w tym: prowadzenie ksiąg rachunkowych, wystawianie rachunków za wykonane usługi co może wiązać się z koniecznością przetwarzania danych osobowych. 2. Odbiorcą Pana/Pani danych osobowych mogą być dostawcy usług technicznych i organizacyjnych, którzy umożliwiają udzielanie świadczeń zdrowotnych (np. dostawcy sprzętu, firmy kurierskie) oraz dostawcy usług prawnych i doradczych. 3. Dane będą przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej (co najmniej 20 lat) i dokumentacji księgowo podatkowej (5 lat) oraz okres przedawnienia roszczeń wynikający z kodeksu cywilnego. 4. Ma Pan/Pani prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, przenoszenia danych, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu. 5. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy Pan/Pani uzna, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia. 6. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych wynika z przepisów prawa i jest konieczne do udzielenia świadczeń zdrowotnych. Odmowa podania danych uniemożliwi udzielanie świadczeń zdrowotnych. Podanie numeru telefonu, adresu email jest dobrowolne a jego niepodanie będzie skutkowało brakiem możliwości odwołania wizyty w sytuacjach tego wymagających.

\*Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (RODO).