Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Przychodnia Piaskowa Góra”
Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Wałbrzychu
58-309 Wałbrzych, ul. Główna 4
tel. (+48) 074 886 86 38, fax (+48) 074 886 86 32, www.przychodnia-pgora.pl

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PACJENTA

Imię i nazwisko **JAN NOWAK**
Imię i nazwisko dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej …….

Niniejszym zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO [1] wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez **NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra” Sp. z o. o. w Wałbrzychu, ul. Główna 4.**

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 NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra” Sp. z o. o. w Wałbrzychu
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych teleadresowych dla celów związanych z potwierdzaniem i odwoływaniem wizyt w placówce za pośrednictwem systemu telefonicznego i SMS przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra” Sp. z o. o. w Wałbrzychu
- Niniejszym **wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody*** (*niepotrzebne skreślić)* na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych związanych wyłącznie z działalnością placówki NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra” Sp. z o. o. w Wałbrzychu

Zakres danych:

PESEL:	**00000000000**
Numer telefonu:	**000-000-0000**
Adres e-mail:	**JAKISMAIL@MAIL**
Adres:	**NOWA 1/1, 00- 000 WAŁBRZYCH**

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 również poinformowany o tym, że dane zbierane są przez NZOZ „Przychodnia Piaskowa Góra” Sp. z o. o. w Wałbrzychu o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

……. ……..
(Miejscowość i data) **(Podpis)**

[1] 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).