

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), dalej RODO uprzejmie informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Patronka Sp. z o. o. z siedzibą: 78-400 Szczecinek ul. Lelewela 15, tel. 0 94 3740106, e-mail: lelewelapoczta@patronka.pl.
2. Inspektorem Danych Osobowych (IOD) jest: Dorota Bożek-Grzybek, z którą może się Pan/Pani kontaktować drogą elektroniczną: staszicapoczta@patronka.pl lub kierując korespondencję na adres administratora wskazany w pkt. 1
3. Cel i podstawa prawna przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:
 - realizacja działań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia, diagnostyki, pielęgnacji, zarządzania ich udzielaniem, poprawy jakości udzielania świadczeń, zabezpieczenia społecznego, nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej, sprawozdawczości statystycznej, uzyskania prawa do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, do celów bezpieczeństwa, monitorowania i ostrzegania zdrowotnego, badań naukowych, historycznych i celów statystycznych, analiz prowadzonych w interesie publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, archiwizowania danych lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, a w szczególności wynikającym z ustaw oraz przepisów wykonawczych mających zastosowanie w ochronie zdrowia.
 - na terenie jednostek Patronka Sp. z o. o. znajdują się wideorejestratory wykorzystywane tylko w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób przebywających w obiekcie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Dane te stanowią wyłączną własność Patronka Sp. z o. o. i będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 2 miesiące, chyba, że odrębne przepisy stanowią inaczej.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą: Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w przypadku Sądowego zobowiązania się do leczenia jednostka Sądu wydająca zobowiązanie do leczenia; w przypadku procesu ubezwłasnowolnienia jednostka Sądu prowadząca ten proces; Inne jednostki, które na mocy ustaw mają dostęp do danych osobowych pacjenta, oraz dostawcom usług IT w zakresie przechowywania danych w formie elektronicznej.
5. Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym został dokonany wpis, lub przez okres dłuższy jeżeli to wynika z odrębnych przepisów prawa.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do usunięcia, ale tylko w sytuacji gdy przetwarzanie danych nie następuje, w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisów prawa,.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia sprzeciwu do wobec przetwarzania, który będzie mógł być zrealizowany na zasadach określonych w art. 21 RODO.
9. Jeśli stwierdzi Pan/Pani, że przetwarzanie danych osobowych narusza RODO, ma Pan/Pani prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Danych Osobowych (adres siedziby: ul. Stawki 2, 00,193 Warszawa).
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest niezbędne do realizacji przedstawionego każdorazowo celu i bez ich podania nie jest możliwa realizacja tego celu.
11. **Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany/a do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji usługi medycznej- co skutkuje brakiem przyjęcia do jednostek Patronka Sp. z o. o.**

Potwierdzam, odbiór powyższej informacji:

.....
Data, miejscowość, czytelny podpis pacjenta
i/lub opiekuna prawnego/ faktycznego

Potwierdzam przekazanie powyższej informacji:

.....
Data, miejscowość, czytelny podpis
osoby udzielającej świadczenie