

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany, zapoznałem się z poniższymi warunkami oraz zasadami przetwarzania i ochrony danych osobowych. W pełni je rozumiem oraz akceptuję.

1. Niniejszy formularz stanowi integralną część, regulującą zasady przetwarzania oraz ochrony danych osobowych następujących formularzy:

- Formularz Zapisu na Zabieg
- Formularz Zgody Pacjenta
- Formularz Pytań Dotyczących Zdrowia
- Formularz Bezpłatnego Noclegu
- Formularz Oferty dla Pacjentów z wadami genetycznymi lub po powikłaniach okołoporodowych

2. Potwierdzenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w niniejszym formularzu dotyczy również zgody na przetwarzanie danych osobowych zawartych w zaznaczonych formularzach z pkt.1.

3. Administrator - Administratorem Danych Osobowych jest Centrum Planowania Rodziny spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (adres: 02- 999 Warszawa, ul. Kazachska 5/UI, REGON: 524501334, NIP: 9512562125), zarejestrowanej w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, Wydziale Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001020352.

4. Pacjent, którego dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

5. W przypadku stwierdzenia, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO, Pacjent którego dane dotyczą ma prawo wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

6. W ramach przygotowania i wykonania zabiegu, zapisu na zabieg, konsultacji po zabiegu oraz opracowań statystycznych wykorzystane mogą zostać dane zawarte we wszystkich formularzach określonych w pkt. 1.

7. Dane osobowe Pacjentów mogą być przekazywane lub udostępniane innym podmiotom wyłącznie na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.

8. Dane osobowe Pacjentów będą przechowywane przez okres wymagany na realizację postanowień zawartych w wypełnionym formularzach z pkt. 1 oraz przez okres 1 roku kalendarzowego od dnia zakończenia realizacji tychże postanowień.

9. Administrator chroni dane osobowe przed nieuprawnionym dostępem osób trzecich, jak również zapewnia środki organizacyjne i prawne zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, mające na celu zagwarantowanie poufności danych osobowych Pacjentów.

10. Pacjent oświadcza, iż podane w formularzach opisanych w pkt.1 dane osobowe osób trzecich (np. dane Partnerki, dane kontaktowe osób do kontaktu, etc.) są zgodne z prawdą, a Pacjent uzyskał prawo do ich przekazania i przetwarzania.

Data i podpis Pacjenta