

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

EWENTUALNA ZGODA NA PRZESŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ ORAZ NA KOMUNIKACJĘ ZA POŚREDNICTWEM TELEFONII KOMÓRKOWEJ

### WYPEŁNIA PACJENT

Wybraną odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem:  Prosimy o uzupełnienie brakujących danych.

Imię i nazwisko	<input type="text"/>										
Telefon	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamenty Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Wizja V Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi przy ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92 lok. 3

korzystania z usług medycznych Wizji V Sp. z o.o.

otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej informacji dotyczących planowanego badania oraz dostępności opisu badania

(symbolem X zaznacza pacjent, który chce otrzymywać w/w informacje)

zgody na przesłanie wyników badań drogą elektroniczną na adres email: \_\_\_\_\_

(symbolem X zaznacza pacjent, który chce otrzymać wyniki badań na wskazany wyżej adres mailowy)

**Podanie numeru telefonu oraz adresu email jest niezbędne do przesłania wyników badań drogą elektroniczną.**

otrzymywania za pośrednictwem poczty elektronicznej oraz telefonii komórkowej informacji medycznej o działalności Wizja V Sp. z o.o.

(symbolem X zaznacza pacjent, który chce otrzymywać w/w informacje)

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 wycofania w każdym czasie. Zostałam/zostałem również poinformowana/ny o celu zbierania danych przez Wizja V Sp. z o.o., dobrowolności ich podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom z wyłączeniem podmiotów upoważnionych na podstawie odrębnych upoważnień i/lub umów i/lub porozumień.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis pacjenta

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

W wykonaniu art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) uprzejmie informuję, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Wizja V sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi, ul. Św. Teresy od Dzieciątka Jezus 92 /3, 91- 341 Łódź, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieście w Łodzi, XX Wydział Gospodarczy pod numerem KRS: 0000273501, NIP: 7251936317, REGON: 1003023470, tel. 500 296 598, e- mail : sekretariat@wizjav.pl, zwaną dalej Administratorem;
2. W celu należytej ochrony danych osobowych Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować - listownie na adres: Administratora lub za pośrednictwem poczty e-mail: iod@wizjav.pl
3. Pani/Pana Dane osobowe podane na potrzeby świadczenia usług medycznych w postaci:
  - dane identyfikacyjne;
  - dane adresowe/kontaktowe;
  - dane medyczne;

są lub będą przetwarzane w celu:

- świadczenia usług medycznych (art. 6 ust. 1 lit. b RODO);
  - realizacji obowiązków prawnych ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
  - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej (art. 6 pkt 1d RODO);
  - realizacji prawnie usprawiedliwionego interesu Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
  - na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO)
4. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane uprawnionym instytucjom określonym przez przepisy prawa oraz podmiotom przetwarzającym, które świadczą usługi na rzecz Administratora danych i którym te dane są powierzane np. podmiotom świadczącym usługi prawne, IT, przy czym udostępnienie danych każdorazowo będzie ograniczone do niezbędnego zakresu
  5. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
  6. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat od daty zakończenia świadczenia usług medycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa bądź do czasu wycofania wyrażonej zgody gdy taka jest wymagana.
  7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych osobowych, prawo do żądania poprawienia, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania tych danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko przetwarzaniu danych, bez podania przyczyny jest Pan/Pani uprawniona do wniesienia sprzeciwu, gdy dane wykorzystywane są do celów marketingu bezpośredniego.
  8. W dowolnym momencie ma Pan/Pani prawo cofnąć udzieloną zgodę, co pozostanie jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
  9. Jest Pan/Pani uprawniony do wniesienia skargi do organu nadzoru, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy.
  10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest niezbędne do świadczenia usług medycznych lub innych usług świadczonych przez Administratora.
  11. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

**25.05.2019**

Data zatwierdzenia

**27.10.2021**

Data aktualizacji