Klauzula informacyjna dla pacjenta Centrum Medycznego

„SOPMED" Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie

Szanowny Pacjencie, informujemy, że:

Administratorem Twoich danych osobowych jest:

Centrum Medyczne „SOPMED" Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Chrobrego 6/8, REGON 1919822561, NIP 5851361143, Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy KRS 0000009030, zwana dalej Administratorem.

Kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych - **e-mail iodo@sopmed.pl, tel. 555 26 08.**

1. Twoje dane przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych (ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych, zarządzania udzielaniem tych usług oraz leczenia). Podstawą prawną przetwarzania pozyskanych danych stanowi ustawa z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U 2017 poz.1318).
2. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacja celów określonych wyżej. Nie udostępniamy danych innym odbiorcom poza podmiotami upoważnionymi na podstawie przepisów prawa.
3. Administrator nie będzie przekazywać Twoich danych do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowych.
4. Dane udostępnione przez Pana/Panią nie podlegają profilowaniu.
5. Administrator Twoje dane będzie przechowywać nie dłużej niż to wynika z przepisów prawa (art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
6. Masz prawo żądać od administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zastały określone przez przepisy polskiego prawa (art. 26 ustawy z dnia 06.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - **Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**.
8. Podanie nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym i jest konieczne do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią klauzuli informacyjnej.

……..

imię, nazwisko pacjenta (ukończone 16 lat) lub jego opiekuna prawnego

……

Data i podpis pacjenta – (ukończone 16 lat) lub jego opiekuna prawnego