

(nazwa jednostki, komórki organizacyjnej „PCUZ - ZOZ S.A. - pieczętka)

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/-a jako Pacjent/Przedstawiciel ustawowy małoletniego dziecka/Opiekun osoby ubezwłasnowolnionej*

imię i nazwisko, adres zamieszkania

PESEL:

mając na względzie treść art. 7 ust. 2 ogólnego Rozporządzenia 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 (zwanego dalej w skrócie **RODO**), oświadczam, że

- wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie przez Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. z/s w Polkowicach moich danych osobowych oraz danych dotyczących udzielonego świadczenia, w tym udostępnienie podmiotom finansującym świadczenia, celem rozliczenia z organem ubezpieczeniowym,
- wyrażam dobrowolną zgodę na udostępnianie moich/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej* danych osobowych w stopniu wymaganym do realizacji świadczeń medycznych wykonywanych w Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. z/s w Polkowicach oraz posługiwanie się przez personel medyczny moim/mojego dziecka/osoby ubezwłasnowolnionej* imieniem i nazwiskiem w celach identyfikacyjnych,
- zostałem/am poinformowany*, że do przetwarzania w/w danych osobowych do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego, leczenia, zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego nie jest konieczna moja zgoda oraz zapoznany/na zostałem/am* z ogólnie dostępną Klauzulą Informacyjną w zakresie danych osobowych udostępnioną w Placówkach Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. z/s w Polkowicach (w tym na stronie internetowej www.pcuz.pl) oraz przyjąłem/jęłam* do wiadomości, iż Administratorem w/w danych osobowych jest Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. z/s w Polkowicach.

Moja zgoda spełnia wszystkie warunki, o których mowa w art. 7 RODO, w tym mam świadomość, że przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie.

Niniejsze oświadczenie jest dla mnie wyraźne i zrozumiałe, a także mam świadomość, że administratorem danych osobowych jest Polkowickie Centrum Usług Zdrowotnych Zakład Opieki Zdrowotnej S.A. (KRS: 0000081911).

miejsowość, data

czytelny podpis

czytelny podpis lub
pieczętka i podpis
pracownika
medycznego

***niepotrzebne skreślić**