

## Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej jako „RODO” – informujemy, że:

*Administratorem Twoich danych osobowych jest DENTAL OFFICE MACIEJ GÓRSKI, ul. Raginisa 5/U2,71- 625 Szczecin, NIP: 599 140 11 21*

- 1) Z Administratorem możesz skontaktować się:
  - pisemnie na adres: ul.Raginisa 5/U2, 71-625 Szczecin
  - e-mailem: dentalszczecin@gmial.com
  - telefonicznie: nr tel.601 77 89 79, 780 14 34 34
- 1) Twoje dane osobowe będą przetwarzane:
  - a. w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych - na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO;
  - b. w celu ochrony przed roszczeniami oraz w celu dochodzenia roszczeń a także w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
  - c. w celach marketingowych oraz innych niewymienionych w lit. a i b – na podstawie Twojej zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO;
- 2) Podanie przez Ciebie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla skorzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Administratora.
- 3) Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i z poszanowaniem poufności tych danych. Twoje dane mogą być przekazane:
  - osobom i podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na zlecenie Administratora (np. innym podmiotom leczniczym, laboratoriom itd. w celu kontynuacji leczenia, wykonania zleconych badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych);
  - podmiotom świadczącym usługi hostingowe i teleinformatyczne (np. dostawcy oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dostawcy serwera, na którym przechowywane są dane osobowe);
  - Ministrowi Zdrowia jako administratorowi danych osobowych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej w ramach Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
  - podmiotom współpracującym z Administratorem w zakresie prowadzenia i obsługi systemu rezerwacji wizyt;
  - osobom upoważnionym przez Ciebie do zasięgnięcia informacji o Twoim stanie zdrowia lub dostępu do dokumentacji medycznej;
  - ubezpieczycielom w przypadku kierowania roszczeń przeciwko Administratorowi;
  - podmiotom świadczącym usługi archiwizacji na rzecz Administratora;
  - organom władzy publicznej w zakresie ich ustawowych uprawnień.
- 1) Twoje Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowej. Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie danych osobowych.
- 2) Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu udzielonych Ci świadczeń zdrowotnych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej będziemy przechowywali przez niezbędny okres jej przechowywania wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W przypadku danych przetwarzanych na podstawie Twojej zgody, będziemy dane te przetwarzać do czasu zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wycofania przez Ciebie zgody na ich przetwarzanie, lub gdy z innych przyczyn przetwarzanie tych danych stanie się zbędne.

- 3) Przysługuje Ci prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

Prawo przenoszenia danych osobowych oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych nie dotyczą danych przetwarzanych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. danych przetwarzanych w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych, w tym danych zawartych w dokumentacji medycznej.

- 4) Przysługuje Ci prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....

*(Data, czytelny podpis pacjenta)*