

OŚWIADCZENIE PACJENTA

1. Wyrażam zgodę na badanie diagnostyczne w **Promyczek Pracownia RTG s.c.** (oświadczam, że nie jestem w ciąży); (w przypadku pacjenta niepełnoletniego zgodę wypełnia i podpisuje opiekun prawny).

Imię i Nazwisko _____

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celu świadczenia usług medycznych, przez **Promyczek Pracownia RTG s.c.**, oraz przez podwykonawców, z którymi zawarte są odrębne umowy związane z realizacją świadczeń zdrowotnych. *
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż Administratorem moich danych osobowych jest: **Promyczek Pracownia RTG s.c.**, powołany jest Inspektor Ochrony Danych Osobowych, adres email: jssp.spzoo@gmail.com, przysługuje mi prawo: do dostępu do moich danych osobowych oraz otrzymywania ich kopii, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania danych, wniesienia sprzeciwu, przenoszenia danych, wniesienia skargi do organu nadzorczego, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych, podanie danych osobowych, innych niż wynikających z przepisów prawa, jest dobrowolne.

Łódź, dnia.....

(data)

.....

(czytelny podpis)

Podstawy prawne:

- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j. Dz.U.2017 poz. 1318),
- Rozporządzenie 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz.U.UE.L.2016.119.1 (powyżej: RODO)

*Podanie danych osobowych wymienionych w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta jest niezbędne do założenia dokumentacji medycznej. Jeżeli pacjent podaje więcej danych niezbędne jest wyrażenie zgody na ich przetwarzanie.