ZGODA NA PRZESYŁANIE WYNIKÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH/KOPII DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ

Malbork, dnia ……..

……..…….. ……..……

(Imię i Nazwisko) Nr telefonu

PESEL

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) w zw. z art. 7 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dalej „RODO", **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu w postaci: imię, nazwisko, numer PESEL, numer telefonu, adres e-mail w celu przesłania wyników badań laboratoryjnych/diagnostycznych/kopii dokumentacji medycznej przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, ul. Armii Krajowej 105/106 drogą elektroniczną:

na adres e-mail ……..

Wyrażając zgodę, zobowiązuję się do każdorazowego i natychmiastowego podania zmiany tego adresu świadomy/a że do tego czasu doręczenie korespondencji na dotychczasowy adres e-mail będzie skuteczne. Za datę otrzymania korespondencji uznaję datę jej wysłania.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż przesłaną drogą elektroniczną korespondencje uznaje się za skutecznie dostarczoną z dniem jej wysłania.

Zostałem/am poinformowany/a, że przesyłane mailem pliki (wyniki badań/kopia dokumentacji medycznej) będą zabezpieczone hasłem dostępowym.

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a, iż wyrażenie zgody jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celu. Zgoda może zostać wycofana w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpłynie na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

……..……
Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych), informuję, że**:**

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z.o.o. z siedzibą przy ul. Armii Krajowej 105/106, w Malborku 82-200, tel.: 55 646 02 64, adres e-mail: sekretariat@pcz.net.pl.*
2. *Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: adres e-mail, iod@pcz.net.pl, tel.: 55 646 03 37.*
3. *Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w celu wyrażonym w niniejszej zgodzie.*
4. *Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).*
5. *Podanie danych w zakresie niezbędnym do realizacji celów określonych w ust. 3 jest obowiązkowe.*
6. *Przyjmujący oświadczenie zobowiązany jest do zachowania tajemnicy dotyczących danych osobowych, rodzaju i zakresu wykonywanych świadczeń.*
7. *Przyjmujący oświadczenie ma obowiązek zabezpieczenia danych osobowych przed ich utratą, udostępnianiem dla osób trzecich.*
8. *Dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania przechowywania dokumentacji medycznej.*