



KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

- 1 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: NZOZ „Medicus”,
ul. Opiesińska 10-12 , 98-220 Zduńska Wola, numer KRS: 0000232185
- 2 Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne w celu badania, orzekania i **ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych i leczenia.**
- 3 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.: *Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*).
- 4 Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.
- 5 Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6 Dane osobowe będą przechowywane wyłącznie przez wymagany odrębnymi przepisami okres czasu.

Podstawa prawna: Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U. UE L 119 z 4 maja 2016 r.).

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Podpis.....

Zduńska Wola dnia