

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 Centrum Rehabilitacji FIZJOLUX - podmiot leczniczy FIZJOLUX Patryk Gruszczyński, adres 08-300 Sokołów Podlaski, ul. Kościuszki 13

NIP: 9591798602, REGON: 3663085500025.

- 1) Z Administratorem możesz skontaktować się:
 - pisemnie na adres: 02-662 Warszawa ul. Świeradowska 47
 - e-mailem: fizjolux@gmail.com;
 - telefonicznie: nr tel. +48 889 889 546
- 2) 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;
- 3) Podanie przez Ciebie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla skorzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Administratora.
- 4) 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 zasięgania 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.
- 5) Twoje Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowej. Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie danych osobowych.

- 6)** 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.

- 7)** 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.

- 8)** 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)