

FORMULARZ ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH  
OSOBOWYCH WRAZ Z INFORMACJĄ ADMINISTRATORA

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer karty pacjenta (wypełnia recepcja)

.....  
adres e-mail

.....  
numer telefonu

.....  
adres zamieszkania

.....  
PESEL lub numer dowodu tożsamości

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych przez Dentalux Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (zwaną dalej „Dentalux”) z siedzibą w Warszawie (02-117), przy ul. Raławickiej 131, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000037736, jako niezależnego administratora danych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

TAK /  NIE

2. kontakt ze mną pod numerem telefonu podanym powyżej (sms, infolinia, mail), zgodnie z Art. 6 ust.1 lit b oraz f RODO, w celu potwierdzania rezerwacji, bądź odwoływania terminu wizyty, przypominania o tej wizycie, badania satysfakcji z wizyty.

TAK /  NIE

3. wykorzystywanie przez Dentalux środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U.2017.1219 j.t.), w celu przekazywania mi na wskazany powyżej adres poczty elektronicznej, oraz numer telefonu wszelkich informacji i komunikatów związanych ze świadczonymi przez Dentalux usługami, w szczególności: oferty, informacje o usługach, promocjach, newsletter.

TAK /  NIE

4. na wykorzystywanie przez Dentalux środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.2017.1219 j.t.) w celu przekazywania mi na wskazany powyżej adres poczty elektronicznej, mojej dokumentacji medycznej, w ślad za złożonym przeze mnie wnioskiem o wydanie dokumentacji medycznej.

TAK /  NIE

5. Jestem świadomy, że dokumentacja medyczna, jaka powstaje w formie papierowej lub jest w tej formie dostarczana przez Pacjenta, będzie miała wykonane odwzorowanie cyfrowe, które następnie zostanie włączone do systemu elektronicznej dokumentacji medycznej. Od dnia wykonania cyfrowego odwzorowania Pacjent ma rok na odbiór oryginałów. Po tym czasie zostaną one zniszczone. Wyrażam zgodę na niszczenie dokumentacji w formie papierowej.

TAK /  NIE

## INFORMACJA ADMINISTRATORA DLA PACJENTÓW

Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami art. 13 ust. 1 i 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) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, dalej RODO, informuje, iż:

1. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Dentalux Sp. z o.o., ul. Raławicka 131, 02-117 Warszawa, reprezentowana przez Prezesa Zarządu Spółki. Kontakt telefon: 222 78 78 00 e-mail: dentalux@dentalux.pl
2. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Marcin Jarosz. Kontakt: tel. 222 78 78 78 wew. 211, e-mail: iodo@dentalux.pl
3. Podanie przez Pana/ Panią danych osobowych jest dobrowolne jednak konsekwencją odmowy podania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia świadczeń medycznych.
4. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w trybie art. 6 ust. 1 lit. a1 oraz art. 9 ust. 2 lit. a2) RODO w związku z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849)
5. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu udzielania wybranych przez Pana/ Panią świadczeń medycznych w ramach działalności administratora.
6. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO wyłącznie w granicach i przepisach prawa np. z którymi administrator podpisał umowy przetwarzania danych w imieniu administratora.
7. Dane osobowe mogą być przekazywane uprawnionym organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub w związku z prowadzonym postępowaniem.
8. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849) i prawa o archiwizacji.
9. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Administratora, w tym profilowaniu.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
11. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania (jeśli nie jest ograniczone spełnieniem przepisu prawa).
12. Przysługuje Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w trybie art. 77 RODO (...każda osoba, której dane dotyczą, ma prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, (...) jeżeli sądzi, że przetwarzanie danych osobowych jej dotyczące narusza niniejsze rozporządzenie) - Urząd Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel. 22 531-03-00, www.uodo.gov.pl

Po zapoznaniu się z powyższą informacją administratora, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych w trybie art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a 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) Dz. U. UE. L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis Pacjenta

<sup>1</sup> zgoda osoby, której dane dotyczą – dane osobowe zwykłe

<sup>2</sup> zgoda osoby, której dane dotyczą – dane osobowe szczególne/ wrażliwe