

### OŚWIADCZENIE PACJENTA

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawidłowe i zostałem poinformowany/a, że będą przetwarzane przez **Gabinety Swarzędzkie SWAMED Sp. z o.o. Sp. k.** z siedzibą w Zalasewie przy ulicy Średzkiej 49, 62-020 Zalasewo (wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000856298, REGON 386832632, NIP 7773364156), jako Administratora, w ramach realizacji obowiązków podmiotu leczniczego, w tym także w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz zarządzania świadczeniami opieki zdrowotnej (Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta i jej akty wykonawcze), w tym:

- Świadczenie opieki zdrowotnej,
- prowadzenie i przechowywanie dokumentacji medycznej;
- komunikacji z pacjentem, np. potwierdzenie rezerwacji bądź odwołanie terminu konsultacji lekarskiej, przypomnienie o konsultacji, poinformowanie o konieczności przygotowania się do umówionego zabiegu bądź o możliwości odbioru wyniku badań;

Ponad to, Administrator będzie przetwarzał dane osobowe w związku z realizacją przedmiotu Umowy na świadczenie usług medycznych. Na podstawie polskich przepisów prawa Administrator jest zobowiązany do przetwarzania danych osobowych w celu dokonania rozliczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. W interesie prawnym Administratora jest prowadzenie procesu reklamacyjnego usług, obsługa wniosków pacjentów czy obrona przez roszczeniami.

Jestem świadomy/a, że moje dane osobowe będą przetwarzane, co do zasady:

- przez 20 lat – w związku z prowadzeniem i archiwizacją dokumentacji medycznej od dokonania w niej ostatniego wpisu;
- przez 6 lat – w dochodzeniu i obroną przed roszczeniami w związku ze zrealizowanymi usługami;
- przez 5 lat - na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych, okres liczony jest od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy;
- do czasu wniesienia sprzeciwu lub cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jeśli dane są przetwarzane na takiej podstawie.

Dane osobowe będą udostępnione pracownikom i osobom współpracującym na podstawie stosowanego upoważnienia oraz podmiotom zewnętrznym, które wspierają Administratora w realizacji celu na podstawie umowy powierzenia danych osobowych bądź przepisów prawa.

Jestem świadomy/ a z przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem danych osobowych:

- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
- prawo dostępu do danych osobowych,
- prawo żądania sprostowania danych osobowych,
- prawo żądania usunięcia danych osobowych,
- prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- prawo do przenoszenia danych osobowych,

- prawo do wniesienia skargi do Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Dane osobowe będą przetwarzane w na podstawie przepisów Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) („RODO”).

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych kontaktowych, w tym adres e-mail oraz numer telefonu, w celu przesyłania informacji marketingowych przez Administratora.

.....  
data i podpis