

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE DANYCH OSOBOWYCH

Realizując obowiązek wynikający z 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 (RODO) informuję, że:

- Administratorem Pana/ Pani danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno, wpisany do rejestru stowarzyszeń i innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem KRS: 0000014669, NIP: 6842120222, REGON: 000308620
- Inspektorem Danych Osobowych jest Elwira Langner. Kontakt z Inspektorem Danych Osobowych jest możliwy pod numerem tel.: 13 4378531 lub pod wskazanym adresem mailowym: iod@krosno.med.pl
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b, c a także w celu związanym z prawnie uzasadnionym interesem Administratora (art. 6 ust. 1 lit. b, f RODO). Państwa dane osobowe przetwarzane będą również przez Administratora w celu wypełnienia obowiązków prawnie ciążących na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit c RODO)
- Pani/ Pana dane osobowe będą udostępnione innym odbiorcom wyłącznie w zakresie realizacji umowy na świadczenie usług medycznych
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zgromadzone, a po upływie tego okresu przez okres wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu) oraz nie będą przekazane odbiorcy w państwie trzecim lub organizacji międzynarodowej.
- Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Oświadczam, iż

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych w celu realizacji umowy o świadczenie usług medycznych.

Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

Zapoznałam (-em) się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej.

.....
(miejsowość, data i podpis)