

Zabrze, 2018-03-18

KLAUZULA INFORMACYJNA - RODO

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych działając na podstawie przepisu art.13 ust 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Śląskie Centrum Chorób Serca z siedzibą przy ul. Marii Curie – Skłodowskiej 9 w Zabrzu (41-800), tel. (32) 37-33-800, fax. (32) 37-33-766, email: sekretariat.ekonomiczny@sccs.pl
- 2) Inspektorem ochrony danych w Śląskim Centrum Chorób Serca w Zabrzu jest Pan Rafał Fabry tel. (32) – 33-37-859, fax. (32) – 37-33-766, email iod@sccs.pl
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia, zarządzania usługami opieki zdrowotnej.
- 4) Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskiwania dokumentacji medycznej lub danych medycznych.
- 5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego/organizacji międzynarodowej.
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej.
- 7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo: do ich sprostowania, do przenoszenia danych oraz do wniesienia sprzeciwu.
- 8) Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do UODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy w/w ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.
- 9) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym i wynika z przepisów art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r O prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

.....
Nr historii choroby/ PESEL

.....
czytelny podpis pacjenta