

DROGI PACJENCIE,

Administratorem Twoich danych osobowych jest **Ośrodek pod Wezwaniem Świętego Józefa w Gliwicach** zwany dalej: „**Administratorem**”. *Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: ul. Zygmunta Starego 19, 44-100 Gliwice lub telefonując pod numer: 32 231-47-75*

Pacjencie posiadasz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.

O ś w i a d c z e n i e

Ja.....

Oświadczam, że dobrowolnie korzystam z usług medycznych opieki długoterminowej świadczonych w Ośrodku pod Wezwaniem Świętego Józefa z siedzibą w Gliwicach, ul. Zygmunta Starego 19 (dalej Ośrodkiem) i w związku z tym dobrowolnie podałam następujące dane osobowe: imię, nazwisko, adres, numer PESEL, data i miejsce urodzenia, stan cywilny, nazwisko rodowe, adres zamieszkania (ulica, kod pocztowy, miejscowość), województwo, gmina, dzielnica, numer legitymacji emeryta/rencisty oraz data jego wydania, numer emerytury/renty i oddział ZUS, Zakład Opieki Zdrowotnej, w którym leczył się pacjent (POZ), kserokopię decyzji emerytarно-rentowej, kseriokopię orzeczenia o stopiu niepełnosprawności oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych wrażliwych wynikających z mojej dokumentacji medycznej w przypadku gdy pacjentem jest osoba całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego oraz adres jego miejsca zamieszkania. Zostałam/em poinformowana, że mam prawo wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek, prawie do skargi oraz o tym, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
podpis pacjenta/opiekunaprawnego

Oświadczam, że świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ośrodek (jako administratora danych osobowych) **mojego numeru telefonu**, którego przetwarzanie nie jest niezbędne do świadczenia usług medycznych, ale co do których wyrażam zgodę na ich przetwarzanie, w celu usprawnienia procesu świadczenia usług medycznych przez Ośrodek oraz zarządzania udzielaniem tych usług, między innymi w celu kontaktów dotyczących ustalania terminu przyjęcia do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

.....
podpis pacjenta