

Klauzula informacyjna RODO

Obowiązek informacyjny z art. 13 RODO

Mając na uwadze wymagania art. 13 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) informuje, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest DENTA MEDICA MICHAŁ ROTSZTEJN z siedzibą w Żychlinie przy ul. Słowackiego 1.
- 2) Z Administratorem można kontaktować się:
 - a) listownie (DENTA MEDICA MICHAŁ ROTSZTEJN 99-320 Żychlin, ul. Słowackiego 1),
 - b) za pośrednictwem formularzy kontaktowych na stronie <https://denta-medica.pl/kontakt>
 - c) za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: gabinet@denta-medica.pl
- 3) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych z którym można się kontaktować przez adres e-mail: iod.dentamedica@abi-tech.pl
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - a) świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie na podstawie przepisu prawa:
 - Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
 - Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078)
 - [Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej](#),
 - Roz. MZ z dnia 6 kwietnia 2020 w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania)oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h RODO - przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego
 - b) realizacji umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
 - c) wypełniania obowiązków ciążących na Administratorze, wynikających z obowiązujących przepisów prawa, w szczególności z ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości – podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. c) RODO
 - d) realizacji prawnie uzasadnionego interesu przez Administratora, jakim jest ochrona przed roszczeniami lub dochodzenie roszczeń – podstawą prawną przetwarzania jest art. 6 ust. 1 lit. f) RODO
 - e) w innych celach (tj. przetwarzanie danych teleadresowych w celu informowania o umówionych wizytach, przetwarzanie danych uzyskanych poprzez formularz kontaktowy w serwisie internetowym w celu udzielenia odpowiedzi na przesłane zapytanie) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO - realizacji prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:
 - a) podwykonawcy Administratora (na podstawie umowy powierzenia), np. podmioty świadczące usługi wsparcia i utrzymania IT, usługi księgowe, usługi archiwizacji i zarządzania dokumentacją, doradztwo prawne, usługi audytu
 - b) podmioty uprawnione do otrzymania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, takie jak np. policja, prokuratura, sąd, urząd skarbowy, NFZ, Łódzki Urząd Wojewódzki
- 6) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą:
 - a) dla celu wskazanego w pkt. 4.a - Zgodnie z ustawą o art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Państwa dane będą przechowywane przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu do dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w powołanym przepisie i przepisach odrębnych. Po upływie tego okresu dane osobowe będą mogły być trwale usunięte z systemów informatycznych a dane papierowe – zniszczone. Usunięcie danych będzie realizowane na żądanie pacjenta, poprzez zastosowanie procedury trwałej anonimizacji danych.

Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

- b) dla celu w pkt. 4.b-d - Dane osobowe będą przechowywane przez okres 6 lat od dnia zakończenia realizacji umowy. Okres 6 lat wynika z obowiązku przechowywania dokumentacji na podstawie ustawy o rachunkowości, a także w związku z koniecznością ochrony Administratora przed roszczeniami lub możliwości dochodzenia roszczeń przez Administratora, w okresie przedawnienia potencjalnych roszczeń.
 - c) dla celu w pkt. 4.e - przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu do dokumentacji medycznej, lub do momentu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych we wskazanym celu
- 7) Przysługują Pani/Panu następujące prawa:
- a) prawo dostępu do swoich danych osobowych i otrzymania ich kopii,
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - d) prawo do usunięcia danych osobowych,
 - e) prawo do przenoszenia danych,
 - f) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.
- Aby skorzystać ze swoich praw należy skontaktować się z Inspektorem ochrony danych osobowych (za pośrednictwem poczty e-mail lub poczty tradycyjnej pisząc na adres korespondencyjny Administratora).
- 8) Podmiotowi danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa).
- 9) Przetwarzanie danych nie obejmuje zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania
- 10) Podanie przez Państwa danych osobowych w celach:
- a) wskazanych w pkt. 4.a jest obowiązkowe i wynika z przepisów prawa
 - b) w pozostałych przypadkach jest dobrowolne jednak ich niepodanie może skutkować brakiem możliwości realizacji celu.
- 11) Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

**WYRAŻAM ZGODĘ NA OBJĘCIE DZIECKA OPIEKĄ STOMATOLOGICZNĄ ORAZ
PROFILAKTYCZNĄ PRZEZ**

NZOZ Denta Medica, ul. Dubois 8, 93-491 Łódź

TAK ()

NIE ()

DANE DZIECKA:

Nazwisko:

Imię:

PESEL:

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna