

KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

Zgodnie z 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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 poz. 1 z 04.05.2016 r.) informuję, iż:

- 1) **administratorem** Pani/Pana **danych osobowych** jest **NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Sp. J.** z siedzibą w Szczecinie przy ul. Chopina 22, NIP 8513144323, REGON 320981898, reprezentowana przez dr n. med. Wiesławę Fabian – Dyrektora Przychodni;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej W. Fabian Sp. J. ul. bł. W. Kadłubka 10-11, 71-521 Szczecin lub e-mail: IODO@przychodnie-fabian.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe **przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych** - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.; dane osobowe w formie nagrań rozmów telefonicznych przetwarzane będą w celu zapewnienia bezpieczeństwa i organizacji pracy na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f, jako niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora oraz ochrony interesu osoby, której dane dotyczą;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskania danych osobowych i danych wrażliwych (o stanie zdrowia, rozpoznaniu lub leczeniu) (tj. Narodowy Fundusz Zdrowia, Powiatowy Państwowy Inspektor Sanitarny, osoby wykonujące zawody medyczne) oraz laboratoria, pracownie diagnostyczne, podmioty lecznicze, przedsiębiorstwa transportu sanitarnego, z którymi administrator posiada podpisane umowy podwykonawstwa świadczonych usług medycznych;
- 5) Pani/Pana dane osobowe w formie dokumentacji medycznej przechowywane będą przez okres 20 lat; zapisy z systemów nagrywania rozmów telefonicznych przechowywane będą w zależności od wielkości zapisanych danych – do nadpisania danych, nie dłużej niż trzy miesiące od dnia nagrania. W przypadku, w którym nagranie stanowi dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin ten ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania;
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na adres *Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: kancelaria@puodo.gov.pl*;
- 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa tj. m. in. ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a odmowa podania danych osobowych będzie skutkowałą możliwością odstąpienia lub powstrzymania się od udzielenia świadczeń zdrowotnych, chyba, że inne przepisy stanowią inaczej;
- 9) administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym;
- 10) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.