**Dane pacjenta**:

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………. (K/M)

PESEL lub nr dokumentu tożsamości ………………………………………………………………………………………

Data i miejsce urodzenia:……………………………

Telefon : …………………………..………………………. Email:…………………………………..............................................

Adres zamieszkania :……………………………………………………………………………………………………………………………

**Dane opiekuna / przedstawiciela ustawowego Pacjenta** *(tę rubrykę należy wypełnić wyłącznie w przypadku, w którym Pacjent nie posiada zdolności do czynności prawnych lub posiada ograniczoną zdolność do czynności prawnych, na skutek czego ustanowiono dla niego opiekuna prawnego, a także w przypadku Pacjenta będącego osobą niepełnoletnią, (nieposiadającą pełnej zdolności do czynności prawnych)***:**

# Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………. (K/M)

# PESEL lub nr dokumentu tożsamości ………………………………………………………………………………………

# Data i miejsce urodzenia:……………………………

# Telefon : …………………………..………………………. Email:…………………………………..............................................

# Adres zamieszkania :……………………………………………………………………………………………………………………………

Pacjent / opiekun Pacjenta niniejszym oświadcza, że:

* został poinformowany, że Administratorem danych osobowych Pacjenta zawartych w niniejszym dokumencie, dokumentacji medycznej powstałej w związku ze świadczeniem usług medycznych przez VIDIUM MEDICA Sp. z o.o. , w tym także tzw. danych osobowych wrażliwych (danych dot. stanu zdrowia) jest VIDIUM MEDICA Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie (31-271) przy ul. Kluczborskiej 17 lok. 6, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia, w Krakowie, XI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000641470, posiadającą numer NIP: 6762514930, REGON: 365612602, o kapitale zakładowym 752.500,00 zł (słownie: siedemset pięćdziesiąt dwa tysięcy pięćset złotych 00/100), zwaną dalej „Administratorem”.
* Administrator nie wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. W sprawach dotyczących przetwarzania Twoich danych osobowych możesz skontaktować się: osobiście w siedzibie Spółki, pisząc na adres: „VIDIUM MEDICA” sp. z o.o. w Krakowie (31-271), ul. Kluczborska17/6, lub wysyłając e-mail na adres: kontakt@vidiummedica.pl
* Celem, dla których Administrator przetwarza dane osobowe jest wyłącznie realizacja obowiązków Administratora związanych ze świadczeniem usług medycznych na rzecz podmiotu danych (Pacjenta).
* Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych Pacjenta jest umowa o świadczenie usług medycznych lub zgoda Pacjenta.
* Dane osobowe Pacjenta mogą być udostępnione wyłącznie w niezbędnym zakresie: podmiotom zlecającym lub finansującym udzielanie świadczeń medycznych, na podstawie przepisów prawnych lub wyrażonej przez Pacjenta zgody; podmiotom leczniczym współpracującym z administratorem w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych; osobom upoważnionym przez Pacjenta w ramach realizacji praw Pacjenta; (iv) Podmiotom dostarczającym Administratorowi usług prawnych, doradczych oraz technicznych w zakresie niezbędnym do świadczenia tych usług na rzecz Administratora.
* Dane osobowe Pacjentów na podstawie przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta będą przetwarzane przez okres 20 lat, wyjątki od tej reguły określone zostały w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
* Każdy Pacjent ma prawo do:

1) dostępu do treści danych osobowych i otrzymywanie kopii swoich danych,

2) sprostowania (poprawienia) danych osobowych,

3) usunięcia danych osobowych,

4) ograniczenia przetwarzania danych osobowych,

5) przeniesienia danych osobowych, jeśli dane są przetwarzane na podstawie umowy lub zgody.

Administrator przekaże te dane podmiotowi danych na właściwym nośniku lub prześle dane

do wskazanego podmiotu.

6) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,

7) cofnięcia zgody w dowolnym momencie,

* Dostęp do danych możliwy jest w siedzibie Administratora. Ponadto, Administrator udostępnia adres e-mail: kontakt@vidiummedica.pl , za pomocą którego można kontaktować się w sprawie danych osobowych.
* Administrator nie będzie przekazywać danych osobowych Pacjentów do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
* Każdy Pacjent w związku z przetwarzaniem jego danych osobowych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
* Podanie danych osobowych przez Pacjenta jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych osobowych uniemożliwiać będzie realizowanie usług medycznych przez Administratora.
* Administrator nie podejmuje zautomatyzowanych decyzji na podstawie danych osobowych, w tym nie dokonuje profilowania.

…………………………………………………………………………………………..

*podpis Pacjenta lub opiekuna Pacjenta/ przedstawiciela ustawowego\**

\*niepotrzebne skreślić

Ponadto Pacjent / opiekun Pacjenta niniejszym:

⃝ wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych Pacjenta przez spółkę „Vidium Medica” sp. z o.o z siedzibą w Krakowie do celów marketingowych z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej: ⃝ SMS

⃝ E-MAIL

⃝ TELEFON

⃝ nie wyraża zgody na przetwarzanie danych osobowych Pacjenta przez spółkę „Vidium Medica” sp. z o.o z siedzibą w Krakowie do celów marketingowych.

…………………………………………………………………………………………..

*podpis Pacjenta lub opiekuna Pacjenta/ przedstawiciela ustawowego\**

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA INFORMACJI O PACJENCIE**

Nie upoważniam nikogo / Upoważniam\*: ………………………………………………………………………………….………,

PESEL lub data urodzenia: ……………………………………………………………….……tel. ……………………….…………….

do otrzymywania informacji o moim stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach medycznych

.………………………………………………………

*podpis Pacjenta lub opiekuna Pacjenta/ przedstawiciela ustawowego\**

**UPOWAŻNIENIE DO UZYSKIWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PACJENTA**

Nie upoważniam nikogo / Upoważniam\*: ………………………………………………………………………………….………,

PESEL lub data urodzenia: ……………………………………………………………….……tel. ……………………….…………….

do uzyskania mojej dokumentacji medycznej.

.………………………………………………………

*podpis Pacjenta lub opiekuna Pacjenta/ przedstawiciela ustawowego\**

\*niepotrzebne skreślić