

Szanowni Pacjenci,

mając na celu wypełnienie ciężącego obowiązku prawnego wynikającego z art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. h Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) oraz art. 6 ust. 1 lit. d i art. 9 ust. 2 lit. c w zakresie ochrony żywothnych osoby, której dane dotyczą tj. Państwa jako Pacjentów, w związku z art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz zapisami zawartymi w Rozdziale 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta informujemy:

1. **Administratorem Państwa danych osobowych** jest Szpital Specjalistyczny Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem z siedzibą: 24 – 500 Zakopane, ul. Gładkie 1, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000007565, wpisany przez Wojewodę Małopolskiego do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem 00000006064, posiadający numer NIP 736-14-54-134, REGON 000295171, tel. 18 20 016 26, fax.18 20 146 32, e-mail: administracja@szpitalodrozenie.pl, www.szpitalodrozenie.pl
2. **Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych** – e-mail: iod@szpitalodrozenie.pl
3. **Administrator Danych Osobowych** otrzymał Państwa dane osobowe bezpośrednio od Państwa, lub od Państwa bliskich w z ramach rejestracji oraz wizyt w Poradniach Specjalistycznych, czy przy okazji pobytu na Oddziale Szpitala. Dane osobowe pozyskujemy również od innych podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz z państwowych systemów informatycznych.
4. **Administrator Danych Osobowych** wymaga okazania mu dowodu osobistego lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość w celu potwierdzenia podanych przez Państwa danych osobowych.
5. W ramach prowadzonej dokumentacji medycznej **Administrator Danych Osobowych** jest prawnie zobowiązany ustalić imię i nazwisko pacjenta, jego datę urodzenia, adres zamieszkania, nr PESEL, rodzaj i nr dokumentu tożsamości, dane dotyczące przebytych chorób i leczenia oraz aktualnego stanu zdrowia, a w przypadku osób ubezwłasnowolnionych dodatkowo imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania.
6. **Państwa dane osobowe przetwarzane będą do celów profilaktyki zdrowotnej** lub medycyny pracy do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej.
7. **Państwa dane osobowe przekazywane są** podmiotom przetwarzającym je w imieniu Administratora Danych Osobowych i uczestniczącym w wykonywaniu jego czynności, a w szczególności podmiotom:
 - współpracującym w zakresie działalności leczniczej, wspierającej, naukowej i edukacyjnej,
 - świadczącym usługi doradcze i prawne,
 - serwisującym urzędzenia,
 - dostarczającym oprogramowanie wykorzystywane w związku z prowadzoną działalnością,
 - Archiwum Państwowemu, któremu przekazywana jest dokumentacja medyczna dla celów archiwizacji.
8. **Państwa dane osobowe nie są przekazywane do odbiorców w państwach trzecich**, tj. poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG) lub do organizacji międzynarodowych.

9. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Państwu prawo do żądania od **Administradora Danych Osobowych** dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych, prawo do bycia zapomnianym oraz prawo do cofnięcia zgody - o ile nie jest to sprzeczne z uzasadnionym interesem **Administradora Danych Osobowych**.
10. **Administrator Danych Osobowych** nie podejmuje w oparciu o Państwa dane osobowe zautomatyzowanych decyzji, w tym nie będzie dokonywać profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
11. **Podanie przez Państwa danych osobowych w zakresie koniecznym do udzielenia świadczeń medycznych jest dobrowolne. Jednak odmowa podania danych osobowych może skutkować odmową realizacji wskazanych wyżej celów w zakresie udzielania świadczeń medycznych.**
- nie dotyczy to sytuacji, kiedy stan zdrowia Pacjenta nie pozwala na przekazanie wymaganych danych – wówczas **Administrator Danych Osobowych** pozyska je od bliskich pacjenta, jego opiekunów, świadków zdarzenia.
12. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z regulacji prawnych - art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta oraz art. 5 ust. 2 i 2b ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, a w przypadku danych podanych fakultatywnie – do czasu wycofania zgody.
13. **Administrator Danych Osobowych** dokłada wszelkich starań, aby zapewnić wszelkie środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym, czy umyślnym, zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami.
14. Państwa dane osobowe są przetwarzane elektronicznie i pisemnie, zgodnie z metodami i procedurami związanymi z celami przetwarzania, o których mowa na wstępie.
15. Ja niżej podpisana/y zamieszkała/y
..... PESEL:
- oświadczam że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Administratora w celu udzielania mi świadczeń medycznych.**
16. **Oświadczam, że** – ze względu na ochronę mojego zdrowia i życia, w celu wyeliminowania ryzyka pomyłek przy udzielaniu świadczeń medycznych – **wyrażam zgodę** na komunikowanie się ze mną przez Personel **Administradora Danych Osobowych** (tj. Personel Szpitala i Poradni) za pomocą mojego imienia i nazwiska, umieszczenia mojego imienia i nazwiska na opasce identyfikacyjnej, na karcie gorączkowej, a także na strzykawkach, kroplówkach i innych instrumentach medycznych wykorzystywanych w związku z moim pobytem w Szpitalu lub Poradni. Jestem świadomy i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w obecności innych pacjentów.

.....
(podpis Pacjenta / podpis Przedstawiciela)