**Wyrażenie Zgody na przetwarzanie danych osobowych w Centrum Medycznym Medicenter zgodnie z przepisami artykułu 7 RODO\***

Przed wyrażeniem zgody prosimy zapoznać się z poniższą informacją:

- Zgoda powinna być wyraźna i dobrowolna

- Poniższa zgoda dotyczy wyłącznie danych w zakresie usług niezbędnych do realizacji zadań zdrowotnych dotyczących Pana/i, w tym także związanych ze zdrowiem publicznym oraz zarządzaniem usługami opieki zdrowotnej.

- Dane mogą być udostępniane innym podmiotom, takim jak Laboratorium lub Rentgen z którymi Medicenter ma podpisane umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności medycznych objętych zgodą.

- Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych uniemożliwia podjęcie świadczeń usług zdrowotnych w myśl Ustawy o działalności leczniczej

- Zgoda na przetwarzanie danych może być wycofana w każdej chwili. Oznacza to wstrzymanie wykonywania usług zdrowotnych w ramach wyrażonej uprzednio zgody lecz nie dotyczy czynności i danych wykonanych i zebranych do tej pory.

- Osoba wyrażająca zgodę ma prawo wglądu do swoich danych osobowych

- Osoba wyrażająca zgodę ma prawo prosić o wprowadzenie zmian. Zmiany te muszą być zgodne z prawdą i, w razie potrzeby należy je udokumentować.

- Rozliczalność daje możliwość wykazania Medicenter, że zgoda została wyrażona

W razie dodatkowych pytań zapraszamy na stronę [www.medicenter.pl](http://www.medicenter.pl) lub przez mail [medicenter@medicenter.pl](mailto:medicenter@medicenter.pl).

Inspektor Ochrony Danych Osobowych w Medicenter: Robert Borowski, [rborowski@medicenter.pl](mailto:rborowski@medicenter.pl) lub 780 552 509

Dane pacjenta:

Nazwisko …………………….…………………. Imię ………………………………………..

Nr PESEL ……………………………….… tel komórkowy ……………….…………………

adres e-mail………………………………………………………………………………………

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowany o celu zbierania danych przez Medicenter, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom poza podmiotami współpracującymi z Medicenter i wyłącznie w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności medycznych.

Warszawa dn …………………………. ……………………………………………...

czytelny podpis pacjenta