OLMED Sp. z o.o. Olkusz , dnia............................

ul. Nałkowskiej 1, 32-300 Olkusz

**UPOWAŻNIENIE DO DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ**

Imię i nazwisko (PESEL):...........................................................................................................................

Adres: ......................................................................................................................................................

**UPOWAŻNIAM / NIE UPOWAŻNIAM** ***(właściwe podkreślić):***

* do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia/zdrowia dziecka, którego jestem rodzicem (opiekunem prawnym)\*i udzielanych świadczeniach medycznych przez podmiot leczniczy OLMED Sp. z o.o. z siedzibą
w Olkuszu.
* do dostępui wglądu do dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka\*, którego jestem rodzicem/opiekunem prawnym\*, prowadzonej przez podmiot leczniczy OLMED Sp. z o.o. z siedzibą w Olkuszu.
* do dostępu i wglądu do dokumentacji medycznej mojej/mojego dziecka\*, którego jestem rodzice/opiekunem prawnym\*, prowadzonej przez podmiot leczniczy OLMED sp. z o.o. w przypadku śmierci mojej/dziecka\*.

Imię i nazwisko:.....................................................................................................................................................................
Data urodzenia/PESEL:.....................................................................................................................................................

Dane kontaktowe:................................................................................................................................................................

*(numer telefonu / adres zamieszkania)*

Data: …..................................... …................................................................................

*(czytelny podpis pacjenta)*

\*/ niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA:

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

1) administratorem danych osobowych Pacjentów jest OLMED Sp. z o.o. ul. Nałkowskiej 1, 32-300 Olkusz, NIP: 637-18-88-342, REGON: 357108382;

2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod.olmed@wp.pl;

3) administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co wynika
z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

4) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. laboratorium zewnętrznym, kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);

5) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;

6) mają Państwo prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora. Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że: 1) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, tj. z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta
i Rzeczniku Praw Pacjenta; 2) przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego; 3) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji ww. celów.

Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej; 4) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.