

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej jako „RODO” – informujemy, że:

Administratorem Twoich danych osobowych jest MFP MEDICAL Sp. Z o.o., NIP 5842850598

adres: ul. Krasickiego 9B/2 80-515 Gdańsk

1) Z Administratorem możesz skontaktować się:

- pisemnie na adres: MFP MEDICAL Sp. z o.o., ul. Krasickiego 9B/2 80-515 Gdańsk
- e-mailem: rejestracja@okiemdr.com
- telefonicznie: nr tel. 690 678 713

2) Twoje dane osobowe będą przetwarzane:

- a. w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych - na podstawie art. 9 ust. 2 lit h RODO;
- b. w celu ochrony przed roszczeniami oraz w celu dochodzenia roszczeń a także w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu Administratora, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f RODO;
- c. w celach marketingowych oraz innych niewymienionych w lit. a i b – na podstawie Twojej zgody, zgodnie z art. 6 ust 1 lit. a RODO;

3) Podanie przez Ciebie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla skorzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Administratora.

4) Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane innym podmiotom wyłącznie w uzasadnionych przypadkach i z poszanowaniem poufności tych danych. Twoje dane mogą być przekazane:

- osobom i podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych na zlecenie Administratora (np. innym podmiotom leczniczym, laboratoriom itd. w celu kontynuacji leczenia, wykonania zleconych badań lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych);
- podmiotom świadczącym usługi hostingowe i teleinformatyczne (np. dostawcy oprogramowania do prowadzenia dokumentacji medycznej oraz dostawcy serwera, na którym przechowywane są dane osobowe);
- Ministrowi Zdrowia jako administratorowi danych osobowych przetwarzanych w Systemie Informacji Medycznej w ramach Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
- podmiotom współpracującym z Administratorem w zakresie prowadzenia i obsługi systemu rezerwacji wizyt;
- osobom upoważnionym przez Ciebie do zasięgania informacji o Twoim stanie zdrowia lub dostępu do dokumentacji medycznej;
- ubezpieczycielom w przypadku kierowania roszczeń przeciwko Administratorowi;
- podmiotom świadczącym usługi archiwizacji na rzecz Administratora;
- organom władzy publicznej w zakresie ich ustawowych uprawnień.

- 5) Twoje Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich ani do organizacji międzynarodowej. Administrator nie będzie stosował zautomatyzowanego podejmowania decyzji w sprawie danych osobowych.
- 6) Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu udzielonych Ci świadczeń zdrowotnych.

Dane zawarte w dokumentacji medycznej będziemy przechowywali przez niezbędny okres jej przechowywania wynikający z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W przypadku danych przetwarzanych na podstawie Twojej zgody, będziemy dane te przetwarzać do czasu zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu wobec przetwarzania danych, wycofania przez Ciebie zgody na ich przetwarzanie lub gdy z innych przyczyn przetwarzanie tych danych stanie się zbędne.

- 7) Przysługuje Ci prawo dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

Prawo przenoszenia danych osobowych oraz prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych nie dotyczą danych przetwarzanych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO tj. danych przetwarzanych w celach zdrowotnych, związanych z udzielaniem Ci świadczeń zdrowotnych, w tym danych zawartych w dokumentacji medycznej.

- 8) Przysługuje Ci prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych.

.....

(Data, czytelny podpis pacjenta)