

Gdańsk, .....

.....  
Pieczęć placówki  
Stowarzyszenie Domu Opieki  
„Złota Jesień”

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

### Dane pacjenta:

Nazwisko i imię:

.....

Pesel:

.....

Adres:

.....

.....

### Zakres danych:

Nazwisko, imię, pesel, adres, telefon, ubezpieczenie, rozpoznanie wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, procedury medyczne wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9.

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO\* wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Domu Opieki „Złota Jesień” w Gdańsku ul. Franciszka Hynka 12, 80-465 Gdańsk, w celu komunikacji korzystania z usług medycznych oraz na kontakt telefoniczny dotyczący planowanego przyjęcia, jak również informacji o medycznej działalności Stowarzyszenia Domu Opieki „Złota Jesień”.

Jednocześnie 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/am również poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Stowarzyszenie Domu Opieki „Złota Jesień” w Gdańsku 80-465, ul. Franciszka Hynka 12, 80-465, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że, dane te nie będą udostępniane innym podmiotom nie powiązanych z udzielanym świadczeniem zdrowotnym lub kontynuowaniem leczenia.

.....

.....

Czytelny podpis pacjenta

\* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób

fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/45/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).