Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie
do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego im. Św. Józefa w Pleszewie

Imię/Imiona i Nazwisko ……

Nazwisko rodowe ……

Data i miejsce urodzenia ……

Imiona i nazwiska rodziców ……

PESEL ……

W przypadku braku numeru Pesel rodzaj i nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

……

Miejsce zamieszkania: ……

……

Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych w systemie świadczeniodawcy i płatnika.

……
*data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego**

* Niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 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 95/46/WE (RODO), informuję, iż:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy im. Św. Józefa z siedzibą w Pleszewie, ul. Edmunda Bojanowskiego 1, 63-300 Pleszew, adres e-mail: szpital@sluzebniczki-pleszew.pl
2) Inspektorem ochrony danych w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym im. Św. Józefa jest s.Agnieszka Rosadzińska. Dane kontaktowe: *adres e-mail: iodo@zpo-pleszew.pl*
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku i w celu udzielania świadczeń podczas pobytu w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. Św. Józefa.
4) Dane nie będą udostępniane podmiotom innym niż upoważnione na podstawie stosownych przepisów prawa.
5) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego / organizacji międzynarodowej.
6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres określony przepisami prawa dot. przechowywania dokumentacji medycznej.
7) Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody**)**, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r
9) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do udzielania świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

zapoznałam/zapoznałem się i w pełni rozumiem

……
data

……
czytelny podpis (imię i nazwisko) pacjenta / opiekuna prawnego