

FORMULARZ REJESTRACYJNY

Administratorem udostępnianych danych osobowych (ADO) jest:

Kinga Paluchniak Gabinet Psychologiczny

tel. 782 314 175 ; email: kpaluchniak.psycholog@gmail.com

Wszelkie kwestie związane z danymi osobowymi, a zwłaszcza wszelkie pytania, wnioski i roszczenia **należy zgłaszać** wyznaczonemu **INSPEKTOROWI DANYCH OSOBOWYCH**- osobiście w siedzibie ADO lub za pośrednictwem maila: kpaluchniak.psycholog@gmail.com

Udostępnione przez Państwa dane osobowe:

- przetwarzane są zgodnie z zapisami **Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679¹ (tzw. RODO)**;
- przetwarzane są **w celu**:
 - realizacji umowy o świadczenie usług na rzecz Pacjenta (dalej: Umowa) - **przez czas** jej trwania;
 - spełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, a zwłaszcza z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz - **do czasu** wynikającego z rzeczonych przepisów;
 - ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń - jeśli taka sytuacja będzie miała miejsce w trakcie lub po ustaniu współpracy Stron - **przez okres** do upływu czasu przedawnienia rzeczonych roszczeń;
 - są niezbędne celem właściwej realizacji usług, ich podanie jest dobrowolne, **jednak brak ich udostępnienia skutkuje brakiem możliwości realizacji zawartej z ADO Umowy.**

Odbiorcami udostępnionych danych osobowych będzie wyłącznie ADO oraz podmioty współpracujące z nim w ramach świadczenia usług medycznych;

W zakresie udostępnionych danych osobowych (z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych przepisami prawa) **mają Państwo prawo do:**

- **żądania** od ADO **dostępu** do nich;
- **sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania**;
- **wniesienia** sprzeciwu wobec przetwarzania;
- **przenoszenia danych**;

Przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej przez Państwa **zgody** jest ona dobrowolna i mają Państwo **prawo do jej cofnięcia w dowolnym momencie.**

Jednocześnie informujemy, że nie przekazujemy Państwa danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Potwierdzam zapoznanie się z powyżej opisanymi informacjami:

.....
Data i czytelny podpis Pacjenta

.....
Data i czytelny podpis Przedstawiciela Ustawowego

¹ 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 (Dziennik Urzędowy UE L 119/87 z 4.5.2016)

NARUSZENIE DANYCH OSOBOWYCH

W sytuacji naruszenia przez ADO przepisów dotyczących ochrony danych osobowych mają Państwo prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (**Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych**). Skarga może zostać wniesiona również za pośrednictwem Elektronicznej Skrzynki Podawczej, w celu skorzystania z tego środka komunikacji należy kierować się wskazówkami zawartymi na stronie internetowej: <https://uodo.gov.pl/pl/83/153>.

DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

TELEFON KONTAKTOWY PACJENTA:

ADRES KORESPONDENCYJNY PACJENTA:

Data urodzenia Pacjenta:

IMIĘ I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/RODZICA:

TELEFON KONTAKTOWY PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO/RODZICA:

ADRES KORESPONDENCYJNY PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (jeśli inny niż Pacjenta):