

DEKLARACJA SZCZEPIENIA PRZECIWKO WIRUSOWI SARS COV-2

Ja niżej podpisana/y:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
NUMER TELEFONU	
E-MAIL	

deklaruję chęć zaszczepienia się przeciwko wirusowi SARS COV-2 w PoliClinic Centrum Medyczne Fundacji Politechniki Łódzkiej, ul. Wólczańska 215, 93-005 Łódź.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL przez PoliClinic Centrum Medyczne Fundacji Politechniki Łódzkiej oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.....
MIEJSCOWOŚĆ, DATA

.....
PODPIS

Klauzula informacyjna dla Pacjenta

Administrator danych osobowych

Administratorem Pani / Pana danych osobowych jest Fundacja Politechniki Łódzkiej z siedzibą w Łodzi przy ul. Żeromskiego 116.

Z Fundacją można się skontaktować listownie: ul. Żeromskiego 116, 90-924 Łódź lub telefonicznie 42 631-21-47.

Inspektor ochrony danych

Można się również skontaktować z wyznaczonym przez Prezesa Fundacji inspektorem ochrony danych pod adresem iod.fundacja@info.p.lodz.pl, telefon 42 631 28 37.

Cele i podstawy przetwarzania

Fundacja przetwarza dane Pacjentów Centrum Medycznego PoliClinic w celach zdrowotnych na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO*, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przy zachowaniu obowiązków wynikających z ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami Pani / Pana danych osobowych będą osoby lub podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz osoby bliskie (trzecie) upoważnione przez Pacjenta.

Okres przechowywania danych

Pani / Pana dane będą przechowywane przez okres wskazany w art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta oraz innych przepisach dotyczących okresu przechowywania dokumentacji medycznej.

Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO przysługują Pani/Panu – naszemu Pacjentowi:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania i uzupełnienia swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych osobowych lub ograniczenia przetwarzania tylko w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa;
- d) prawo do uzyskania informacji;
- e) prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa);

Informacja o wymogu podania danych

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych niezbędnych dla prowadzenia dokumentacji medycznej jest obowiązkiem wynikającym z art. 9 ust. 2 lit. h) RODO oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta.

Wersja z dnia 25.05.2018 r.

**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 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) oraz podjętych działań.*