



KLAUZULA INFORMACYJNA RODO

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuję, że:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **ANTONI BRAŃSKI "AB" PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA MODERACJE, TERAPIE, TRENINGI 53-020 Wrocław, ul. Krzycka 86B/1**, zwany dalej Administratorem. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu odbycia wizyty lekarskiej i nie będą udostępniane innym odbiorcom,
- podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 oraz 9. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego,
- podanie danych jest niezbędne do odbycia wizyty lekarskiej, w przypadku niepodania danych niemożliwe jest zrealizowanie wizyty,
- **posiada Pani/Pan prawo do:**
- żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- w myśl ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, która jest nadrzędna, Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres **20 lat** licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych tzw. RODO

1. Zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. tzw. RODO, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych: **ANTONI BRAŃSKI "AB" PRYWATNA PRAKTYKA LEKARSKA MODERACJE, TERAPIE, TRENINGI 53-020 Wrocław, ul. Krzycka 86B/1**.

2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.

3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....
data i czytelny podpis pacjenta

