

TERAPEUTA/LEKARZ:



NZOZ CPP KARTA REJESTRACYJNA

DATA REJESTRACJI: ____ - ____ - ____ r.

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA UR.: ____ - ____ - ____ r.

Tel.: _____ Adres e-mail: _____ (pole nieobligatoryjne)

(PESEL - w przypadku wizyt lekarskich)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

WIZYTA U: (proszę zaznaczyć krzyżykiem):

PSYCHIATRY: ☐

SEKSUOLOGA: ☐

PSYCHOLOGA/TERAPEUTY: ☐

ADRES ZAMIESZKANIA (w przypadku wizyt lekarskich):

Ulica: _____ nr domu: _____ nr lokalu: _____

Kod pocztowy: ____ - ____ Miejscowość: _____

Upoważniam: _____, nr tel.: _____ do

odbioru mojej dokumentacji medycznej i uzyskiwania inf. o moim stanie zdrowia (jeśli NIE – proszę przekreślić pola).

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH Udzielona zgoda może być wycofana w dowolnym czasie i w dowolnej formie.

Zaznacz odpowiednie pole krzyżykiem:

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez CPP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, pod adresem: Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 21, 00-175 Warszawa, zarejestrowanej w Rejestrze Przedsiębiorców pod nr KRS Nr: 0000624614, REGON: 364788440, NIP: 5252663731, prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej NZOZ Centrum Pomocy Profesjonalnej pod adresem: Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 21, 00-175 Warszawa, zarejestrowany w prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego Rejestrze Podmiotów Prowadzących

Działalność Leczniczą pod nr księgi rejestrowej: 000000185418, REGON: 36478844000018 (dalej: Spółka) w celu realizacji na moją rzecz usług zdrowotnych/lecniczych/terapeutycznych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej związanej ze świadczonymi usługami.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody - na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych powyżej przez podmioty współpracujące ze Spółką w celach związanych z realizacji na moją rzecz usług zdrowotnych/lecniczych/terapeutycznych.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na wysyłanie sms-a powiadamiającego o terminie mojej wizyty.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody na wysyłanie korespondencji mailowej dot. umawiania wizyty.

Klauzula informacyjna o prawie do cofnięcia zgody: W każdej chwili masz prawo cofnąć zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Twojej zgody przed jej wycofaniem.

.....

Podpis wyrażającego zgodę

VERTE →

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), informuję, że:

Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **CPP Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie, pod adresem: Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 21, 00-175 Warszawa, zarejestrowanej w Rejestrze Przedsiębiorców pod nr KRS Nr: 0000624614, REGON: 364788440, NIP: 5252663731, prowadzącej niepubliczny zakład opieki zdrowotnej **NZOZ Centrum Pomocy Profesjonalnej** pod adresem:

Al. Jana Pawła II, nr 80, lok. 21, 00-175 Warszawa, zarejestrowany w prowadzonym przez Wojewodę Mazowieckiego Rejestrze Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą pod nr księgi rejestrowej: 000000185418, REGON: 36478844000018, e-mail: cpp@cpp.pl, tel. 222412444 **Przedstawiciel administratora danych:**

Kontakt do Przedstawiciela administratora danych osobowych Jan Baranowicz, e-mail: jan.baranowicz@cpp.pl tel + 48 22 12 444

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie wyłącznie w celu usług terapeutycznych i usług w zakresie ochrony zdrowia. **Prawnie uzasadniony interes:** Prawnie uzasadnionym interesem, na który powołuje się administrator danych jest konieczność prowadzenia rejestracji, informowania pacjentów o zmianach w terminach wizyt, umożliwienie prowadzenia dokumentacji medycznej/terapeutycznej oraz wystawianie recept oraz zaświadczeń związanych ze świadczonymi usługami. **Okres przechowywania danych osobowych:**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usługi, jednak nie dłużej niż 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym sporządzono ostatni wpis o udzielonych świadczeniach zdrowotnych (art. 13 ustawy z 24.04.2009 r. wprowadzającej ustawę o prawach pacjenta i in).

Prawo dostępu do danych osobowych:

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Ponadto także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:**

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Konsekwencje niepodania danych osobowych:

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy świadczenia usług terapeutycznych, a ich niepodanie uniemożliwi świadczenie usług na Pana/Pani rzecz. **Odbiorcy danych:** Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych oprócz administratora będzie lekarz prowadzący/terapeuta (imię, nazwisko) zatrudniony jako zleceniobiorca/pracownik przez Spółkę i pod jej adresem w zakresie udzielania Panu/Pani świadczeń medycznych/zdrowotnych/terapeutycznych, a Pana/Pani dane będą dodatkowo przechowywane/administrowane w specjalistycznej aplikacji elektronicznej MydrEDM.

Przekazanie danych do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej: nie są przekazywane

Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, profilowanie: nie jest prowadzone

Data i podpis