**Klauzula Informacyjna zgodna z RODO**

Zgodnie z art.13 ust.1 i ust.2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), zwanego dalej RODO, informuję, iż:

a) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie z siedzibą w Oleśnie, ul. Klonowa 1,

b) Inspektorem Ochrony Danych jest Tomasz Radziszewski Email: iod@5de.pl

c) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust.1 lit. a, b i c RODO, jako zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych, w celu prawidłowej realizacji umowy na świadczenie usług medycznych oraz dla celów wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;

d) Pani/Pana dane osobowe będą udostępniane innym odbiorcom wyłącznie w zakresie realizacji umowy na świadczenie usług medycznych;

e) Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wykonywania/trwania umowy, a także po tym okresie tj. do czasu upływu terminu przedawnienia ewentualnych roszczeń wynikających z umowy;

f) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody wyrażonej przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody na przetwarzanie danych osobowych wymaga jego złożenia w formie pisemnej lub elektronicznej na adres mailowy ZOZ@cz.onet.pl

g) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego- Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO;

h) Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne dla celów związanych z nawiązaniem i realizacją umowy;

i) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania przepisów RODO oraz przetwarzania danych osobowych z uwzględnieniem obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej na mocy prawa oraz przepisów dotyczących zawodu lekarza i praw pacjenta.

**Oświadczam, iż:**

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych w celu realizacji umowy o świadczenie usług medycznych.

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

3. Zapoznałem(-am) się z treścią powyższej klauzuli informacyjnej.

..……………………………………

*(data i podpis)*