

.....
imiona i nazwisko/

Zielonka, dnia

.....
adres zamieszkania / telefon/ adres e-mail

.....

.....

**Miejska Przychodnia Zdrowia
SPZOZ w Zielonce**

WNIOSEK O WYDANIE OPINII/ ZAŚWIADCZENIA¹

Imię i nazwisko pacjenta

NR PESEL

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

Data urodzenia.....miejsce urodzenia.....

Adres zamieszkania

.....

WNIOSKUJĘ O WYDANIE OPINII/ZAŚWIADCZENIA:

.....

.....

.....

UZASADNIENIE WNIOSKU

.....

.....
Podpis wnioskodawcy/rodziców/opiekunów prawnych

.....
Podpis osoby przyjmującej

¹ Niepotrzebne skreślić

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

SZANOWNI PAŃSTWO!

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r. ze zm.) (dalej RODO).

UPRZEJMIE INFORMUJĘ:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejska Przychodnia Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Zielonce (dalej MPZ SP ZOZ), 05-220 Zielonka, ul. Mickiewicza 18, tel. (22) 76 35 790.
2. Inspektorem Ochrony Danych w MPZ SP ZOZ jest Paweł Piasecki, z którym można kontaktować się pisemnie na ww. adres Administratora lub tel. (22) 76 35 790 bądź adres e-mail: iod@spzozzielonka.pl
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celach:
 - a) objęcia umową opieki medycznej, udzielenia świadczeń zdrowotnych i usług medycznych - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) rozliczeń finansowych, windykacji należności - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
 - c) statystycznych i archiwizacyjnych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom, jedynie podmiotom upoważnionym na podstawie innych przepisów prawa, np. Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych, Sądom oraz podmiotom przetwarzającym dane w imieniu Administratora.
5. Dane osobowe będą przechowywane (dokumentacja medyczna - licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano określonej czynności) przez okres 20 lat, z wyjątkiem:
 - a) dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia bądź zawierającej dane do monitorowania losów krwi i jej składników – 30 lat,
 - b) dokumentacja medyczna dzieci do ukończenia 2 roku życia – 22 lata;
 - c) zdjęć rentgenowskich – 10 lat;
 - d) skierowań na badania lub zleceń lekarza – 5 lat w przypadku udzielenia świadczenia i 2 lata w przypadku nie udzielenia świadczenia – tj. na podstawie art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Mają Państwo prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych, tj. art. 15 RODO;
 - b) sprostowania (uzupełnienia) swoich danych, tj. art. 16 RODO;
 - c) ograniczenia przetwarzania danych, tj. art. 18 RODO;
 - d) prawo do przenoszenia danych, tj. art. 20 RODO;
 - e) prawo do sprzeciwu przetwarzania danych, związanych ze szczególną sytuacją osoby, tj. art. 21 RODO;
 - f) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie, 00-193 Warszawa, ul. Stawki 2, w przypadku niezgodnego z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych, tj. art. 13 ust. 2 lit. d RODO.
7. *W przypadku, gdy przetwarzanie jest niezbędne do spełnienia przez Administratora obowiązków prawnych – usunięcie danych nie zawsze będzie możliwe, tj. art. 17 ust. 3 lit. c RODO.*
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji przez MPZ SP ZOZ świadczeń zdrowotnych, a ich nie podanie może skutkować, poza przypadkami nagłymi zagrożenia życia i zdrowia, odmową realizacji świadczenia zdrowotnego.
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
10. Szczegółowe informacje mogą Państwo sprawdzić na stronie www.spzozzielonka.pl bądź uzyskać osobiście w siedzibie Administratora.

.....
Zapoznałem się