\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość i data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

**ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ**

Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych na podstawie Regulaminu Udzielania Świadczeń dodatkowych …………………. na warunkach wskazanych w tym Regulaminie, w tym na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej przez ………………………..

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pacjenta

1. *Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest ……………………… z siedzibą w………………………., ul. …………………., (dalej: „****……………………..)****. W ………………………. powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail:* [*………………………………………..*](mailto:abizdrowie@pzu.pl)*.*
2. *Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez …………………………… w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:*
3. *objęcia opieką zdrowotną w ramach abonamentu medycznego i zapewnienia możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu, a także w celach rezerwacji, potwierdzania i odwoływania konsultacji lekarskich lub badań diagnostycznych, informowania Pani/Pana o zarezerwowanych konsultacjach lekarskich lub badaniach diagnostycznych, o wynikach lub innych sprawach związanych z udzielanymi lub planowanymi świadczeniami zdrowotnymi – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., s. 1) (dalej: „****RODO****”);*
4. *weryfikacji Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO i art. 24 ust. 1 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318 i 1524);*
5. *dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;*
6. *prowadzenia ksiąg rachunkowych – na podstawie art.6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395).*
7. *Przetwarzanie danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 jest niezbędne dla realizacji przez …………………………. umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu medycznego i dochodzenia związanych z nią roszczeń, a także dla realizacji interesów Pani/Pana pracodawcy/zleceniodawcy związanych z zapewnieniem Pani/Panu dostępu do abonamentu medycznego.*
8. *Pani/Pana dane osobowe są lub mogą być przekazywane innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.*
9. *Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane :*
10. *w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2 - przez okres wymagany przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez 20 lat, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie (art. 29 ust. 1 pkt 1a, 2, 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta)*
11. *w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 – do upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;*
12. *w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 4 – przez okres wymagany przepisami ustawy o rachunkowości.*
13. *Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych do organu nadzorczego. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.*
14. *Podanie danych osobowych w przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 1 jest dobrowolne. W przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 2, obowiązek podania danych wynika ze wskazanych tam przepisów prawa. Niepodanie przez Panią/Pana danych będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentu medycznego.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość i data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

**ZGODA PACJENTA NA POBIERANIE SKŁĄDEK W ZWIĄZKU Z OBJĘCIEM OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ**

Wyrażam zgodę na pobieranie z mojego wynagrodzenia za pracę należnych składem na ubezpieczenie społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa od części profilaktycznej pakietu medycznego. Należne składki pobierane będą od kwoty …………..(cena części profilaktycznej pakietu).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pracownika1

1 Brak zgody uniemożliwia realizację świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentową.