

## KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PACJENTA

**Anna Wojteczek**, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą **Specjalistyczna Praktyka Lekarska Anna Wojteczek** z siedzibą w Gdańsku przy ul. Łąkowej 60a/10, wpisana do rejestru przedsiębiorców CEiDG, NIP: 9591555667, REGON: 361608176,

Informuje że :

Państwa dane osobowe są przetwarzane w Indywidualnej Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej Anna Wojteczek na zasadach opisanych w art. 9 ust 2 lit. h 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, dalej również „RODO”), :

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Anna Wojteczek**, zamieszkała w Gdańsku (kod pocztowy 80-769) przy ulicy Łąkowej 60a/10 PESEL: 83122010108, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Specjalistyczna Praktyka Lekarska Anna Wojteczek z siedzibą w Gdańsku przy ul. Łąkowej 60a/10, wpisana do rejestru przedsiębiorców CEiDG, NIP: 9591555667, REGON: 361608176,
2. z Administratorem można skontaktować się drogą e-mail [awojteczek@lekarze-stagiewna9.pl](mailto:awojteczek@lekarze-stagiewna9.pl)
3. lub  
pisemnie na adres ul Stagiewna 9/2, 80-750 Gdańsk.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) na podstawie art. 23 i następne ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz
  - b) w celu udokumentowania Pani/Pana stanu zdrowia oraz udzielonych Pani/Panu świadczeń zdrowotnych, w tym do ustalenia daty wizyty (rejestracji) w systemie teleinformatycznym poprzez usługę wykonywaną przez firmę Medycyna Praktyczna Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością sp.k. w siedzibą w Krakowie (KRS 0000470072, NIP 6790044689, REGON 350023040) w procesie telefonicznego i internetowego umawiania wizyt
5. odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
6. w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą:
  - a) na podstawie art. 2 oraz art. 49 i nast. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i nast. ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych, oraz
  - b) w celach weryfikacji Pani/Pana uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia lub innym podmiotem finansującym te świadczenia,
7. w przypadku, o którym mowa w pkt 4, odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będzie Narodowy Fundusz Zdrowia lub inny podmiot finansujący świadczenia opieki zdrowotnej,

8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej,
9. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
10. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
11. w razie uznania przez Pana/Panią ,że działalność Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej Anna Wojteczek narusza zasady ochrony danych osobowych możesz zwrócić się do Administratora danych osobowych lub do Urzędu Ochrony Danych Osobowych – Warszawa ul. Stawki 2
12. podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe,

Oświadczam iż zapoznałem /zapoznałem się z treścią klauzuli informacyjnej

.....  
data, imię i nazwisko (czytelnie)