

Obowiązek informacyjny

Imię i nazwisko pacjenta/ki :

PESEL

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gabinet Dentystyczny Katarzyna Mirowska Łódź, 91-818 , ul.Szendzielarza 3 m 3

2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r

3) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz: Ubezpieczyciele, laboratoria analityczne, portal znanylekarz.pl (umówienie wizyty w kalendarzu internetowym, przypomnienia sms o wizycie)

4) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat,

5) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania

6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

7) podanie danych osobowych jest obligatoryjne na mocy przepisu prawa

Data:

Podpis pacjenta/ki :