

**WYRAŻAM WOLĘ ODBYCIA SZCZEPIENIA PRZECIW COVID – 19 W PRZYCHODNI LEKARSKIEJ ORLIK
W TERMINIE ZGODNYM ZE STRATEGIĄ SZCZEPIEŃ W POLSCE**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
PESEL	
TELEFON KONTAKTOWY	

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Przychodnia Lekarska ORLIK Sp. z o.o. ul. Ostrobramska 101, 04 – 041 Warszawa, reprezentowana przez Annę Boguradzką. Inspektorem Ochrony Danych Osobowych jest Andrzej Peńsko, Tel. +48668906046. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji świadczeń medycznych, na podstawie art. 9 punkt 2h rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z art. 29 ustawy z dnia 06 listopada 2008 o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do ich sprostowania, wyrażenia sprzeciwu przeciw przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych oraz prawo do przenoszenia danych. Posiada Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016 r. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udzielenia Pani/Panu świadczeń medycznych przez Przychodnię. Pani/Pana dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w systemach informatycznych obsługi pacjenta. Przychodnia Lekarska ORLIK nie stosuje metod zautomatyzowanego podejmowania decyzji, w tym profilowania.

DATA:

CZYTELNY PODPIS:.....