

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na mocy ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r, zgodnie z art. 13 ust.1 i ust.2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.

Informuję:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Hospicjum Św. Jana Ewangelisty z siedzibą w Szczecinie przy ul. Pokoju 77

inspektorem ochrony danych w Hospicjum Św. Jana Ewangelisty jest:

imię i nazwisko           Izabela Kurek- Jankowska  
e-mail                       inspektor.do@hospicjum-szczecin.pl  
inne dane kontaktowe   tel. 603 164 334

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usługi opieki medycznej na podstawie art.6 ust. 1 pkt. a, b, c, d, e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/W ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych)
- odbiorcą danych osobowych będzie NFZ\*, MOPR\*, PUP\*, ZUS\*, MOPS\*, OPS\*.
- Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowych
- Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat od czasu naniesienia ostatniej zmiany
- posiada Pani/Pan prawo do dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania , usunięcia , ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania , którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem
- ma Pani/Pan prawo wniesienia do skargi do GODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
- udostępnienie przez Panią/Pana danych osobowych (identyfikacyjnych, adresowych, kontaktowych) jest: warunkiem umownym, zawarcia umowy, wymogiem ustawowym.

**Informuję Panią/Pana że:**

- w przypadku odmowy udostępnienia danych osobowych, konsekwencją będzie niemożność zawarcia umowy z Hospicjum.

.....  
Data, podpis osoby przyjmującej  
Klauzule

.....  
Data, podpis pacjenta lub osoby uprawnionej  
akceptującej klauzule

**Dotyczy pacjenta.....**  
Imię i nazwisko

\* niepotrzebne skreślić