



Zgoda na wysłanie wyników badań drogą elektroniczną

Ja niżej podpisana/yPESEL

wyrażam zgodę na wysyłanie wyników badań drogą elektroniczną na niniejszy adres poczty elektronicznej

..... oraz

zgodnie z art. 10 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. 2002 r. nr144 poz. 1204 z późn zm.) oraz art. 172 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz. U.2004 r. nr. 171 poz. 1800 z późn zm.) oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 – (RODO) na przetwarzanie moich danych osobowych **w celu otrzymywania za pośrednictwem telefonii komórkowej lub poczty elektronicznej, informacji dotyczących wyników badań planowanych wizyt.**

Przyjmuję do wiadomości, że administratorem moich wyżej wymienionych danych osobowych jest ISPL Katarzyna Rybaczek ginekolog – położnik, 19-300 Ełk ul. Tuwima 26 lok 1

Treść klauzuli dostępna jest w Recepcji placówki oraz na stronie internetowej

www.ginekologelk.pl

Zostałam/em poinformowana/y , że podanie danych osobowych jest dobrowolne jednak, ich nie podanie uniemożliwia wysyłkę wyników badań ww. sposób. Ponadto mam prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania, prawo przenoszenia danych, a także prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody (art. 6 ust 1 lit a RODO) przed jej cofnięciem a także mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

TAK – wyrażam zgodę

NIE – wyrażam zgody

.....

Data i podpis pacjenta Data i podpis pacjenta