

Klauzula informacyjna dotycząca pacjentów wypożyczających sprzęt medyczny Gminnego Zespołu Ośrodków Zdrowia w Woźnikach

1. Drogi Pacjencie, Administratorem Twoich danych osobowych jest Gminny Zespół Ośrodków Zdrowia w Woźnikach, zwany dalej: „**Administratorem**”. *Możesz skontaktować się z Administratorem pisząc na adres: biuro@przychodniawozniki.pl Możesz również skontaktować się z Administratorem za pośrednictwem powołanego przez niego Inspektora Ochrony Danych: pisząc na adres: iod@przychodniawozniki.pl bądź telefonicznie: 34 3573 – 190.*
2. Twoje dane osobowe przetwarzane będą w celu wypożyczenia sprzętu medycznego na podstawie Artykułu 6 pkt. c RODO.
3. Twoje dane osobowe przetwarzane są wyłącznie w zakresie związanym z realizacją powyższych celów. Nie udostępniamy Twoich danych innym odbiorcom oprócz podmiotów upoważnionych na podstawie przepisów prawa.
4. Administrator nie zamierza przekazywać Twoich danych do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowych.
5. Twoje dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. przez okres 1 roku od dnia zwrócenia wypożyczonego sprzętu medycznego.
6. Masz prawo żądać od Administratora dostępu do swoich danych, ich sprostowania, zaktualizowania, jak również masz prawo do ograniczenia przetwarzania danych. Zasady udostępnienia dokumentacji medycznej zostały określone przez przepisy polskiego prawa.
7. W związku z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
8. Przekazaniem nam Twoich danych osobowych jest wymogiem ustawowym, dotyczy każdego Pacjenta, wobec którego realizujemy cele opisane w punkcie 2.
- 9.¹ W oparciu o Twoje dane osobowe Administrator *nie będzie* podejmował wobec Ciebie zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania*.

* Profilowanie oznacza dowolną formę zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych, które polega na wykorzystaniu danych osobowych do oceny niektórych czynników osobowych osoby fizycznej, w szczególności do analizy lub prognozy aspektów dotyczących pracy tej osoby fizycznej, jej sytuacji ekonomicznej, zdrowia, osobistych preferencji, zainteresowań, wiarygodności, zachowania, lokalizacji lub przemieszczania się.

Zapoznałem/am się z treścią klauzuli

1Data i podpis pacjenta