Załącznik nr 2 do ogłoszenia o konkursie na   
realizatora programu polityki zdrowotnej

UMOWA AO.032….........2020

Zawarta w dniu …………….. 2020 r. w Żaganiu pomiędzy Powiatem Żagańskim w imieniu którego działa Zarząd Powiatu Żagańskiego z siedzibą w Żaganiu, ul. Dworcowa 39,   
NIP 924-16-33-119 reprezentowany przez:

Henryka Janowicza – Starostę Żagańskiego

Annę Michalczuk -Wicestarostę Powiatu Żagańskiego

przy kontrasygnacie Skarbnika Powiatu p. Elżbiety Bieleckiej

zwanych w dalszej treści umowy „Zleceniodawcą”

a

……………………………………………………………………………………………………

NIP………………………………. REGON……………………………………………………..

reprezentowana przez:

zwaną w dalszej części umowy „Zleceniobiorcą”

§ 1

1. Zleceniodawca zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do realizacji w roku 2020 program polityki zdrowotnej pn.”Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”, zwany dalej Programem.
2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do realizacji Programu zgodnie z Ofertą stanowiącą integralną część umowy, w tym do:
3. Przeprowadzenia akcji informacyjno-edukacyjnej o Programie: realizowane za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne).
4. Przeprowadzenia I etapu Programu tj. przygotowanie i przeprowadzenie cyklu wykładów z zakresu edukacji żywieniowej i aktywności fizycznej, profilaktyki nadwagi/otyłości i ich powikłań, takich jak cukrzyca typu 2, odbywających się   
   z częstotliwością 1 raz na 1 rok w każdej z 9 gmin, czas trwania pojedynczego wykładu wyniesie 90 minut. Liczba osób zakwalifikowanych i objętych działaniami I etapu Programu w roku 2020 szacowana jest na około 2500.
5. Przeprowadzenia II etapu Programu – działania mające na celu zakwalifikowanie do III etapu Programu 125 osób m.in. poprzez: pomiary antropometryczne i obliczenie wskaźnika BMI.
6. Przeprowadzenie III etapu Programu – działania skierowane na 125 odbiorców końcowych Programu:
7. porady dietetyczne udzielane pacjentom przez dietetyka oraz regularne pomiary antropometryczne w trakcie trwania programu wszystkich osób objętych 3-etapem badania, a także po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia Programu, celem monitorowania wskaźników BMI
8. porady pielęgniarki diabetologicznej lub lekarza diabetologa obejmujące naukę wykonywania pomiarów poziomu cukru, naukę samokontroli rozpoznawania objawów hipo- i hiperglikemii, ryzyka powikłań itp.
9. w przypadku wykrycia zaburzeń i chorób wymagających dalszego leczenia (późne powikłania cukrzycowe), kierowanie pacjentów w trybie pilnym do dalszej opieki lekarskiej poza Programem, ze wskazaniem jednostki mającej umowę z NFZ, gdzie takie świadczenie można otrzymać.
10. Ponadto Zleceniobiorca zobowiązany jest do:
11. Uzyskania pisemnej zgody od pacjenta na włączenie do programu – załącznik nr 1 do umowy.
12. Dokonania rejestracji uczestników programu oraz prowadzenia dokumentacji medycznej związanej z procesem udzielania świadczenia, zgodnie   
    z obowiązującymi przepisami prawa oraz Programem – załącznik nr 2 do umowy.
13. Sporządzenia sprawozdania z realizacji Programu zgodnie z załącznikiem nr 3 do umowy.
14. Przeprowadzenia ankiety satysfakcji uczestnika Programu – załącznik nr 4 do umowy.
15. Dopełnienia obowiązku informacyjnego do danych zawartych w dokumentach medycznych – załącznik nr 5 do umowy.
16. Przeprowadzenia badania poziomu wiedzy uczestników Programu przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji w I etapie Programu.

§ 2

Realizacja Programu rozpocznie się z dniem zawarcia umowy, a zakończona będzie   
do 15 grudnia 2020r.

§ 3

Ustala się następujący sposób rozliczania finansowego:

1. Wynagrodzenie płatne będzie każdorazowo za faktycznie udzielane świadczenia zdrowotne w okresach rozliczeniowych, o których mowa w ust. 2, na podstawie przedłożonego rachunku/faktury oraz sprawozdania rozliczeniowego.
2. Ustala się następujące okresy rozliczeniowe i terminy przedkładania rozliczeń finansowych przez Zleceniobiorcę za świadczenia udzielane w okresie :
3. od dnia podpisania umowy do 31 marca 2020r. – do dnia 15 kwietnia 2020r.
4. od 1 kwietnia do 30 kwietnia 2020r. – do 15 maja 2020r.
5. od 1 maja do 31 maja 2020r. – do 15 czerwca 2020r.
6. od 1 czerwca do 30 czerwca 2020r. – do 15 lipca 2020r.
7. od 1 lipca do 31 lipca 2020r.- do 15 sierpnia 2020r.
8. od 1 sierpnia do 31 sierpnia 2020r. – do 15 września 2020r.
9. od 1 września 2020r. do 30 września 2020r. – do 15 października 2020r.
10. od 1 października 2020r. do 31 października 2020r. – do 15 listopada 2020r.
11. od 1 listopada 2020r. do 15 grudnia 2020r.- do 20 grudnia 2020r.
12. Uregulowanie należności nastąpi w terminie do 14 dni od dnia otrzymania przez Zleceniodawcę faktury/rachunku za okresy, o których mowa w ust. 2.
13. Do faktury należy dołączyć sprawozdanie z danego okresu rozliczeniowego, stanowiące załącznik nr 3 do umowy.

§ 4

Zleceniobiorca ponosi pełną odpowiedzialność za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby udzielające świadczeń w jego imieniu i odpowiada w pełni za szkody powstałe w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń .

§ 5

1. Zleceniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej do wysokości 26.625 zł.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do utrzymania ważnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy oraz niezmniejszania kwoty gwarancyjnej ubezpieczenia i jego zakresu.
3. Zleceniobiorca jest zobowiązany do przedłożenia polisy OC na każde żądanie Zleceniodawcy.

§ 6

1. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia rejestru osób objętych działaniami Programu, z zachowaniem zasad wynikających z ustawy z dnia 10 maja 2018r.   
   o ochronie danych osobowych ( t.j.Dz.U. z 2019r. poz.1781.).
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących   
   w podmiotach działalności leczniczej oraz innej dokumentacji odzwierciedlającej realizację zadania w sposób umożliwiający jej kontrolę.

§ 7

1. Umowa może być rozwiązana przez każdą ze stron z jednomiesięcznym wypowiedzeniem z powodu wystąpienia okoliczności uniemożliwiających realizację niniejszej umowy, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności.
2. Umowa może być rozwiązana przez Zleceniodawcę ze skutkiem natychmiastowym   
   w przypadku:
3. stwierdzenia braku wymaganych kwalifikacji osób realizujących Program,
4. utraty przez Zleceniobiorcę uprawnień koniecznych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
5. stwierdzenia rozliczania świadczeń udzielanych w ramach Programu z innymi podmiotami,
6. w przypadku naruszenia prawa lub postanowień niniejszej umowy.

§ 8

1. Zleceniobiorca zobowiązuje się zapłacić Zleceniodawcy karę umowną za:
2. za brak przedłożenia sprawozdań rozliczeniowych w terminach, o którym mowa w § 3 w wysokości 0,1 % należności za dany okres rozliczeniowy za każdy dzień,
3. za nieprzedłożenie lub brak aktualnej polisy OC w kwocie wymaganej umową   
   karę umowną w wys. 5.000 zł.

§ 9

1. Zleceniobiorca podlega nadzorowi i kontroli Zleceniodawcy w zakresie:
2. sposobu udzielania świadczeń w ramach przedmiotu zamówienia, ich ilości, jakości   
   i dostępności dla beneficjentów Programu,
3. sposobu i rodzaju prowadzonej dokumentacji związanej z realizacją Programu.
4. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przedłożenia wszelkich niezbędnych dokumentów, udzielania informacji i okazania pomocy upoważnionym przedstawicielom Zleceniodawcy podczas i w związku z przeprowadzoną przez nich kontrolą.
5. O wynikach kontroli, o której mowa w ust. 1 Zleceniodawca poinformuje Zleceniobiorcę, a w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości przekaże mu wnioski   
   i zalecenia mające na celu ich usunięcie.

§ 10

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 Państwa danych osobowych jest Starostwo Powiatowe w Żaganiu   
   z siedzibą przy ul. Dworcowej 39, 68-100 Żagań, reprezentowane przez Starostę Żagańskiego, z którym można się skontaktować pisemnie na adres siedziby, telefonicznie: 68 477 7901
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się   
   z Inspektorem Ochrony Danych – p. Maciejem Gęsigóra, pod adresem   
   e-mail: [iod@powiatzaganski.pl](mailto:iod@powiatzaganski.pl), tel. 684793460 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa   
   (art. 6 ust. 1 lit. b RODO), w celu realizacji niniejszej umowy.
4. Państwa dane osobowe możemy przekazać stronom i uczestnikom postępowań lub organom właściwym w związku z realizacją umowy, przy czym dokonamy tego wyłącznie w sytuacji, gdy istnieje podstawa prawna do tego typu działań, a ponadto odbiorcom danych w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych,   
   tj. podmiotom świadczącym usługi pocztowe, kurierskie, usługi informatyczne, bankowe, ubezpieczeniowe.
5. Państwa dane możemy przekazać czasowo podmiotom przetwarzającym je w naszym imieniu, w tym podwykonawcom wspierających realizację umowy. Przetwarzanie Państwa danych ujętych w systemach informatycznych powierzamy również podmiotom obsługującym lub udostępniającym nam te systemy, przy czym zakres przetwarzania ograniczony jest tylko i wyłącznie do zakresu związanego z realizacją zadań w tych systemach takich jak wdrożenie naprawa, konserwacja tych systemów lub hosting danych.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane, w tym przechowywane zgodnie   
   z rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz.U.2011 r. nr 14, poz. 67 ze zm.) oraz przepisami ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2018r., poz. 217 ze zm.).
7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie niemożliwością zawarcia umowy.
8. Osoba, której dane dotyczą ma prawo:
9. dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania oraz otrzymania ich kopii,
10. ograniczenia przetwarzania - przy czym przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania z tego prawa,
11. w przypadku przetwarzania danych na podstawie wyrażonej zgody, mają Państwo także prawo do usunięcia danych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania; cofnięcia wyrażonej zgody, w dowolnym momencie, w formie w jakiej została ona wyrażona, co w konsekwencji skutkuje usunięciem Państwa danych,
12. wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
13. Ponadto informujemy, iż dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany,   
    w tym również w formie profilowania.

§ 11

1. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zleceniobiorca nie może, bez zgody Zleceniodawcy, przenieść na osobę trzecią praw  
    i obowiązków wynikających z umowy.
3. Umowa obowiązuje od dnia jej zawarcia.

§ 12

1. Strony będą dążyć do rozstrzygnięcia sporów związanych z niniejszą umowa na drodze polubownej z poszanowaniem uzasadnionego interesu każdej z Stron.
2. W razie gdyby polubowne rozwiązanie sporu okazało się niemożliwe, zostanie on podany rozstrzygnięciu przez sąd właściwy dla siedziby Zleceniodawcy.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają w szczególności zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 13

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa egzemplarze dla Zleceniodawcy, a jeden dla Zleceniobiorcy.

§14

Załączniki do niniejszej umowy stanowią jej integralną część.

ZLECENIODAWCA ZLECENIOBIORCA

Załącznik 1 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

**Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” w roku 2020**

I. Dane uczestnika programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko |  | Miejsce zamieszkania |
| Imię |  | ………………………………….  …………………………………. |
| Nr PESEL\* |  |

II. Oświadczam że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Starostwo Powiatowe w Żaganiu, tj: imienia, nazwiska, nr PESEL, adresu zamieszkania na potrzeby realizacji „Programu profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego   
w wieku 45+ na lata 2019-2021”

………………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

III. Oświadczam, że znane jest mi prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także iż przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

………………………………………

*(data i podpis pacjenta)*

Pouczenie:

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Starostwie Powiatowym w Żaganiu możliwy jest pod adresem email: iod@powiatzaganski.pl

IV. Zgoda na badania antropometryczne i wypełnienie ankiety kwalifikującej

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy   
z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na planowane interwencje.**

…………….............................

*(data i podpis pacjenta)*

Wynik wskaźnika BMI: ………………….

Załącznik 2 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

**Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”   
w roku 2020**

|  |
| --- |
| Niniejszym zaświadczam, że:  u Pana/i ........................................................... urodzonego/ej w dniu ................................. zamieszkałego/ej w ......................................................................................................................................  nr PESEL\* .....................................................  rozpoznano/nie rozpoznano\*\* cukrzycy typu 2.  Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\*\* pacjenta do udziału w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” w roku 2020  ......................................, dnia ................................  *(miejscowość) (data)*    …………................................  *(pieczęć i podpis pielęgniarki)*  *\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*  *\*\* niewłaściwe skreślić* |

Załącznik 3 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu   
pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021”** **w roku 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa i adres podmiotu | Sprawozdanie z przeprowadzonych procedur w ramach programu  za okres sprawozdawczy  od ……..…….. do …………… | Adresat:  Starostwo Powiatowe  w Żaganiu |
|  | Sprawozdanie należy  przekazać w terminie  14 dni po okresie  sprawozdawczym |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liczba wykonanych interwencji edukacyjnych (liczba wykładów) | Liczba uczestników wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej | Liczba wykonanych badań antropometrycznych | Liczba osób  z BMI>25 |
|  |  |  |  |

......................................, dnia ................................

*(miejscowość) (data)*

…………................................

*(pieczęć i podpis osoby*

*działającej w imieniu sprawozdawcy)*

Załącznik 4 do umowy na realizację   
 programu polityki zdrowotnej

**Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” w roku 2020**

I. Ocena rejestracji

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji? |  |  |  |  |  |
| uprzejmość osób rejestrujących? |  |  |  |  |  |
| dostępność rejestracji telefonicznej? |  |  |  |  |  |

II. Ocena opieki pielęgniarskiej w trakcie pomiarów antropometrycznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość pielęgniarki? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas badań? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania badań? |  |  |  |  |  |
| rzetelność udzielania porad pielęgniarskich? |  |  |  |  |  |

III. Ocena dietetyka w trakcie porad dietetycznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość dietetyka? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania porad? |  |  |  |  |  |

IV. Ocena porad diabetologicznych

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| uprzejmość i życzliwość personelu\*? |  |  |  |  |  |
| poszanowanie prywatności podczas udzielania porad? |  |  |  |  |  |
| staranność wykonywania porad? |  |  |  |  |  |

\* pielęgniarki diabetologicznej  
 lekarza diabetologa   
 (niepotrzebne skreślić)

IV. Ocena warunków panujących w przychodni

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan/Pani ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| czystość w poczekalni? |  |  |  |  |  |
| wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)? |  |  |  |  |  |
| dostęp i czystość w toaletach? |  |  |  |  |  |
| oznakowanie gabinetów? |  |  |  |  |  |

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

|  |
| --- |
|  |

Załącznik 5 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

**FORMULARZ OGÓLNY - OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DO DANYCH ZAWARTYCH W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ (zgodny z RODO)**

**Podmiot wykonujący działalność leczniczą pod firmą:**

**…………………………………………………………………………………………………………………**

**z siedzibą w ……………………….., ul. ……………………………, kod pocztowy: …………………….**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również *„RODO”*), informujemy, że:

1. administratorem danych osobowych Pana/Pani jest …………………….. (*nazwa Realizatora*),
2. dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą na podstawie art. 23 i następnych ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w celu udokumentowania stanu zdrowia Pana/Pani oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych,
3. odbiorcą danych osobowych Pana/Pani mogą być osoby i podmioty wskazane w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
4. dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą na podstawie art. 2 oraz art. 49 i następnych ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w przypadkach, o których mowa w art. 12 i następnych ww. ustawy – na podstawie wskazanych przepisów szczególnych
5. dane osobowe Pana/Pani przetwarzane będą w celach weryfikacji jego uprawnień do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także w celach rozliczenia tych świadczeń z podmiotem je finansującym (Starostwo Powiatowe w Żaganiu)
6. dane osobowe Pana/Pani nie będą przekazywane do innych podmiotów,
7. dane osobowe Pana/Pani będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
8. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z zastrzeżeniem jednak zasad gromadzenia i przetwarzania danych w dokumentacji medycznej, o których mowa w rozdziale 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz w przepisach ustaw szczególnych,
9. ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO,
10. podanie przez Pana/Panią danych osobowych gromadzonych w dokumentacji medycznej jest obowiązkowe.

…………................................

*(data i podpis pacjenta)*