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)*