

KLAUZULA INFORMACYJNA DOT. DANYCH OSOBOWYCH

1. Placówka LCKWP - tj.: Legnickie Centrum Korekcji Wad Postawy Dawid Kruszyna z siedzibą przy ulicy Lindego 10/15, 59-220 Legnica.
2. Placówka CDITS – tj.: Centrum Diagnostyki I Terapii Skoliz Karolina Kruszyna z siedzibą przy ulicy Lindego 10/15, 59-220 Legnica.
3. Administratorem Pani/Pana danych osobowych są Placówki LCKWP oraz CDITS.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji postępowania fizjoterapeutycznego na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dn. 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (RODO). Pani/Pana dane osobowe lub w przypadku osoby małoletniej/pacjentów ubezwłasnowolnionych dane opiekuna prawnego będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich przetwarzania tj. firma Znajdź Gabinet sp. z o.o z siedzibą przy ul. Mieleckiej 105, Kolbuszowa Dolna 36-100.
5. Odbiorcą Pani/Pana danych będą fizjoterapeuci prowadzący działania rehabilitacyjne w LCKWP oraz w CDITS oraz pracownicy Recepcji w/w Placówek.
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do ich przenoszenia, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Wyraża Pani/Pan zgodę na dokumentację fotograficzną oraz filmową (rozumianą jako dane osobowe) przebiegu postępowania fizjoterapeutycznego w celu weryfikacji osiągniętych rezultatów terapeutycznych. Dokumentacja ta będzie wykorzystywana tylko i wyłącznie na potrzeby terapii.
8. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza przepisy RODO z dn. 27.04.2016.
9. Podanie przez Pani/Pana danych osobowych jest warunkiem koniecznym do rozpoczęcia postępowania fizjoterapeutycznego w w/w placówkach.
W razie odmowy, postępowanie nie zostanie przeprowadzone.

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ CZYTELNIE!

.....
(Imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....
(Pesel opiekuna prawnego)

.....
(Imię i nazwisko pacjenta)

.....
(Pesel pacjenta)

.....
(Adres zamieszkania -ulica, numer)

.....
(Kod pocztowy, miejscowość)

.....
(tel. kon.)

.....
(data, czytelny podpis opiekuna prawnego)