KLAUZULA INFORMACYJNA DOT. PRZETWARZANIA 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 Skolioz 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 uprawionym 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.
10. Podpisując powyższy dokument wyraża Pan/Pani zgodę na otrzymywanie od LCKWP oraz CDITS komunikacji marketingowej dotyczącej produktów i usług LCKWP oraz CDITS przez email, sms oraz telefon.
11. Podpisując powyższy dokument wyraża Pan/Pani zgodę na świadczenia zdrowotne udzielane przez terapeutę.
12. Wyraża Pan/Pani zgodę na wysłanie swojej dokumentacji medycznej zawierającej Pana/Pani dane wrażliwe drogą mailową w przypadku zgłoszonej prośby na poniższy adres mailowy. Hasło potrzebne do odczytania wiadomości zostanie wysłane na poniższy numer telefonu.

PROSZĘ UZUPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !

…….....
(adres e-mail)

…….....
(Imię i nazwisko pacjenta)

……
(Pesel Pacjenta)

……
(Numer telefonu Pacjenta)

……
(Adres zamieszkania Pacjenta – ulica oraz numer)

……..……..
(Kod pocztowy oraz miejscowość)

..……
(data, czytelny podpis Pacjenta)