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 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.

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)

REGULAMIN KORZYSTANIA Z WIZYT
W LCKWP i CDITS

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. Rejestrację wizyt można przeprowadzić osobiście w Recepcji LCKWP i CDITS lub telefonicznie pod nr tel: 510-122-670 w godz. od 8.00 do 20.00 od poniedziałku do piątku.

4. **Rezerwacja** terminów wizyt w w/w Placówkach jest jednoznaczna z **zawarciem umowy o świadczenie usług fizjoterapeutycznych** pomiędzy w/w Placówkami a Pacjentem, w przypadku osób niepełnoletnich jego opiekunem prawnym**.**
   Zawarcie umowy świadczy o zapoznaniu się i zaakceptowaniu niniejszego regulaminu.

5. Terminy wizyt można odwoływać bez konsekwencji do godziny 20.00 dnia poprzedzającego wizytę. Osobiście w Recepcji lub telefonicznie, a w soboty i niedziele przez wiadomość SMS.

6. Ze względu na rezerwację czasu pracy terapeutów oraz placówek **nieodwołanie wizyty** w w/w terminie lub **nie stawienie się na nią** jest jednoznacze z **koniecznością uiszczenia jej pełnych kosztów** wg. obowiązującego cennika. Dotyczy to również umówionych wizyt wielokrotnych.

7. W przypadku, gdy odwołanie wizyty wychodzi ze strony jednej z Placówek, a Pacjent nie został poinformowany o tym do godziny 20.00 dnia poprzedzającego, otrzymuje On taką samą wizytę w nowym terminie BEZPŁATNIE.

8. Terminy wizyt, których liczba nie została określona (terapia korekcji wad postawy) są automatycznie przepisywane z miesiąca na miesiąc **W DANYM SEMESTRZE SZKOLNYM** wg ustalonego harmonogramu tygodniowego. Ich odwoływanie odbywa się wg zasad przedstawionych w **pkt 5 regulaminu**.

9. Brak uiszczenia opłaty za niezgodne z regulaminem odwołanie lub nie stawienie się na umówioną wizytę skutkuje przekazaniem wierzytelności firmie windykacyjnej.

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