

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH:

v.1.0

Oświadczam, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 „**RODO**”): zostałem(am) poinformowany(a), że:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Genomed S.A z siedzibą w Warszawie przy ul. Ponczowej 12, (dalej jako **ADO**);
- 2) ADO umożliwia kontakt za pomocą e-maila: diagnostyka@genomed.pl, sanco@genomed.pl, za pomocą telefonu: (+48) 22 644 60 19, drogą pocztową: ul. Ponczowa 12, 02-971 Warszawa;
- 3) ADO powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogę skontaktować się za pomocą e-maila: iod@genomed.pl, drogą pocztową na adres jw.
- 4) Przetwarzane będą moje dane osobowe: *imię i nazwisko, PESEL, data urodzenia, adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu), numer telefonu, adres e-mail*, informacje lub inne dane w zakresie niezbędnym do wykonania badania;
- 5) moje dane osobowe będą przetwarzane przez ADO w następujących celach i w oparciu o następujące podstawy prawne:

Cel przetwarzania danych	Podstawa prawna przetwarzania danych
Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej	art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej. Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, co stanowi prawnie uzasadniony interes przetwarzania danych przez ADO	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy o rachunkowości

- 6) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem ustawowym (wynika z przepisów prawa) i jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych; odmowa podania danych uniemożliwi udzielenie świadczeń zdrowotnych przez ADO.
- 7) Moje dane osobowe będą ujawniane:
 - a) pracownikom/współpracownikom ADO upoważnionym do ich przetwarzania na polecenie ADO;
 - b) podmiotom, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych, w tym:
 - podmiotom, z którymi ADO zawarł umowy na świadczenie usług medycznych,
 - dostawcom usług prawnych i doradczych w przypadku dochodzenia przez ADO roszczeń związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą;

z zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych.

- 8) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (do krajów innych niż kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein)

9) Moje dane będą przechowywane przez ADO przez następujący okres:

Cel przetwarzania danych	Okres przechowywania danych
Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie procesem udzielania świadczeń	Okres przechowywania dokumentacji medycznej wynikający z przepisów prawa
Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej	Okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów prawa
Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej	Okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa

- 10) Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz ich sprostowania, gdy są one nieprawidłowe;
- 11) W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje mi prawo do żądania usunięcia danych, żądania ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przenoszenia danych;
- 12) Wobec mojej osoby nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez udziału człowieka), w tym moje dane nie będą podlegały profilowaniu;
- 13) Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku gdy przy przetwarzaniu moich danych osobowych ADO narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

.....
 Data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Działając jako przedstawiciel ustawowy mojego dziecka

.....,
imię i nazwisko

niniejszym przyjmuję do wiadomości, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu nr 1 – oświadczenie dotyczące danych osobowych, z którymi się zapoznałem(am) i które są mi znane, mają zastosowanie również do danych osobowych mojego dziecka.

.....
 Data i podpis przedstawiciela ustawowego