

Zgoda
na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych
(dotyczących zdrowia)

Zgodnie z przepisami 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 (zwanego dalej RODO)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, Administratorowi Danych – Fundacja ORCHidea ul. Bukowa 55c, 62-052 Walerianowo, NIP 7773256099. tj. danych udzielonych przeze mnie dobrowolnie w (zwanej dalej Fundacją) **na przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia,**

.....(*imię i nazwisko*),

- udzielonych przeze mnie/nas dobrowolnie w umowie i wszelkich innych dokumentach (mailach, oświadczeniach, zaświadczeniach specjalistów, receptach, dokumentacji medycznej, badaniach);
- uzyskanych przez Fundację w związku z realizacją umowy tj. w szczególności przy sprawowaniu opieki, konsultacji, diagnoz i terapii oraz badań
.....

w celu zapewnienia ochrony zdrowia i życia, w szczególności umożliwienia niesienia niezbędnej pomocy w sytuacji tego wymagającej, bezpiecznej realizacji zawartej umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych, neurologopedycznych/logopedycznych, terapii zajęciowej, psychologicznych konsultacji specjalistów, także badań, w tym przygotowania odpowiednich dla pacjenta ewentualnych posiłków.

W ww. celach dane mogą być przekazywane pracownikom i współpracownikom Fundacji, podmiotom finansującym działania projektowe oraz podwykonawcom Fundacji, z którymi Fundacja podpisuje stosowne umowy powierzenia danych.

Niniejsza zgoda jest dobrowolna acz niezbędna do zapewnienia ochrony zdrowia i życia pacjenta podczas wykonywania ww. umów i może zostać cofnięta w każdym czasie poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w siedzibie Fundacji.

.....
(*data i podpis pacjenta, opiekuna*)