

## Zobowiązanie do ochrony danych osobowych

Affidea zobowiązuje się do respektowania Twoich praw wynikających z przepisów o ochronie danych osobowych. Bezpieczeństwo Twoich danych osobowych i medycznych jest dla nas bardzo ważne. Nasza Informacja o ochronie danych osobowych dla pacjentów („Informacja”) zawiera podstawowe informacje o sposobie przetwarzania przez nas danych podczas świadczenia usług medycznych. Prosimy o poświęcenie chwili na zapoznanie się z jej treścią, abyś wiedział, dlaczego i w jaki sposób przetwarzamy Twoje dane osobowe. Dokument zawiera informacje dotyczące:

- (a) tożsamości i danych kontaktowych administratora danych,
- (b) danych kontaktowych inspektora ochrony danych,
- (c) celów i podstawy prawnej przetwarzania,
- (d) źródeł Twoich danych osobowych,
- (e) odbiorców Twoich danych osobowych,
- (f) okresu przechowywania Twoich danych osobowych,
- (g) praw przysługujących ci na mocy przepisów o ochronie danych osobowych,
- (h) międzynarodowego przekazywania danych.

## Oświadczenie dotyczące ochrony danych osobowych

### I. Potwierdzenie otrzymania informacji o ochronie danych osobowych (zob. punkt 1.1 Informacji)

Ja, niżej podpisany, składając podpis na niniejszym oświadczeniu, potwierdzam, że otrzymałem Informację o ochronie danych osobowych Affidea i jej Załącznik, zawierające informacje o tym, w jaki sposób Affidea będzie przetwarzać moje dane osobowe w celu postawienia diagnozy medycznej i/lub zapewnienia leczenia.

### II. Dodatkowe zgody – opcjonalne (zob. punkt 1.3. Informacji)

Rozumiem, że zaznaczając poniższe pola, mogę dobrowolnie upoważnić Affidea do dodatkowego przetwarzania moich danych osobowych (więcej szczegółów w punkcie 1.3 Informacji). Rozumiem również, że jeżeli nie wyrażę zgody, nie będzie to miało żadnego wpływu na usługi medyczne świadczone na moją rzecz. Rozumiem, że w każdej chwili mogę wycofać moją zgodę.

**Wyrażam zgodę, aby z moich danych osobowych, w tym danych medycznych, zostały usunięte elementy pozwalające na identyfikację (de-identyfikacja), tak aby firma Affidea mogła je wykorzystywać i udostępniać do celów związanych z działalnością badawczo-rozwojową, edukacyjnych, statystycznych i handlowych. Zbiór danych osobowych podlegających de-identyfikacji obejmuje moje dane osobowe zebrane przez Affidea w przeszłości (tj. przed udzieleniem niniejszej zgody), a także dane osobowe, które mogą zostać zebrane przez Affidea w przyszłości, jeśli będę korzystał z usług Affidea.**

Tak, wyrażam zgodę  Nie, nie wyrażam zgody

**Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o najnowszej ofercie Affidea w zakresie usług medycznych za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-marketing).**

Tak, wyrażam zgodę  Nie, nie wyrażam zgody

**Wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną w celach związanych z marketingiem spersonalizowanym.**

Tak, wyrażam zgodę, za pośrednictwem  poczty elektronicznej  SMS-a  telefonu

Nie, nie wyrażam zgody

### III. Przekazywanie wcześniejszej dokumentacji medycznej w ramach grupy Affidea

Rozumiem, że dostępność mojej wcześniejszej dokumentacji medycznej może ułatwić postawienie diagnozy i/lub leczenie, o które zwracam się do Affidea. Upoważniam Affidea do uzyskania w razie potrzeby mojej wcześniejszej dokumentacji medycznej od innego administratora (administratorów) danych należącego (należących) do grupy Affidea w Polsce.

Tak, wyrażam zgodę  Nie, nie wyrażam zgody

Miejsce i data: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko pacjenta drukowanymi literami: \_\_\_\_\_

Podpis pacjenta: \_\_\_\_\_

**Jeżeli pacjent nie może złożyć oświadczenia i/lub podpisu we własnym imieniu, prosimy o podanie przyczyny i tożsamości przedstawiciela:**

dziecko w wieku poniżej 16 lat  osoba pełnoletnia wymagająca szczególnej opieki  inne: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko przedstawiciela drukowanymi literami: \_\_\_\_\_

Podpis przedstawiciela: \_\_\_\_\_



Numer Certyfikatu 14496  
ISO 9001  
ISO 14001