FORMULARZ ZGODY Sochaczew, dnia…….

……
Imię i nazwisko Pacjenta

……
Data urodzenia Pacjenta

……..
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

……..
nr telefonu, adres e-mail

PONIŻSZE W PRZYPADKU SPORZĄDZANIA OPINII:

……
nr PESEL dziecka

…….
adres zamieszkania

…….
nazwa placówki (przedszkola/szkoły) do której uczęszcza dziecko

KLAUZULA INFORMACYJNA

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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO" informuję, że:

1. Administratorem osobowych dziecka i jego rodziców/opiekunów prawnych jest Elżbieta Pilch-Wnęk, prowadząca działalność gospodarczą pod firmą Elżbieta Pilch-Wnęk, z siedzibą w Sochaczewie, ul. Konstytucji 3 Maja 5/14, NIP 6861629085, tel. +48 789 803 406, e-mail : terapiawidzeniasochaczew@gmail.com, www.terapiawidzeniasochaczew.pl.
2. We wszystkich sprawach związanych z ochroną danych osobowych w "Terapia widzenia. Leczenie zeza i niedowidzenia" można kontaktować się z Administratorem pod następującym adresem e-mail : terapiawidzeniasochaczew@gmail.com
3. Dane osobowe podane w formularzu będą przetwarzane w celu świadczenia usług ortoptycznych- przeprowadzania diagnozy i prowadzenia terapii oraz ewentualnego wystawiania opinii. W przypadku wyrażenia przez

Rodzica/Opiekuna prawnego zgody na otrzymywanie informacji drogą mailową, dane będą przetwarzane również w tym celu.

4. Dane będą przechowywane nie dłużej, niż jest to konieczne, tj. od czasu zakończenia wykonywania umowy, której przedmiotem jest diagnozowanie/prowadzenia terapii, przez okres najdłużej 10 lat dla celów dowodowych, liczonych od dnia przeprowadzenia ostatniej czynności.
5. Administrator może przekazać dane swoim podwykonawcom w celu wskazanym w ust. 2 lub przekazać je podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
6. Administrator nie zamierza przekazywać danych do państwa trzeciego, ani organizacji międzynarodowych.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Prawo dostępu do treści swoich danych nie dotyczy notatek własnych terapeuty. Są one chronione tajemnicą przedsiębiorstwa i służą one wykonawcy usługi do jej rzetelnej realizacji.
8. Podane dane nie będa profilowane ani poddawane precesom zautomatyzowanego podejmowania decyzji.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości rzetelnego wykonania stosownej usługi.

<u>Zapoznałam-łem się z klauzulą informacyjną na podtawie RODO.</u>

……..
data, PODPIS

Zgadzam się na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Elżbietę Pilch-Wnęk, prowadzącą działalność gospodarczą: Elżbieta Pilch-Wnęk, w celu i zakresie niezbędnym do diagnozy i prowadzenia terapii i wykonania umowy.

TAK **NIE**

…….
PODPIS

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie DIAGNOZY mojego dziecka

……..
imię i nazwisko dziecka

TAK **NIE**

……
PODPIS

Wyrażam zgodę na prowadzenie TERAPII mojego wyżej wymienionego dziecka

TAK **NIE**

…….
PODPIS

Wyrażam zgodę na otzrymywanie informacji drogą telefoniczną i mailowa w zakresie udzielanej pomocy ortoptycznej mojego dziecka

TAK **NIE**

……
PODPIS

*Jeśli chce być Pan/Pani **informowana/-y na bieżąco o naszych usługach**, proszę o wyrażenie zgody na taką komunikację. Zgodę może Pani/Pan odwołać w każdym momencie.

Zgadzam się na otrzymywanie informacji marketingowych od Elżbieta Pilch-Wnęk (“Terapia widzenia”)

…….
PODPIS