

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

**I.** Administratorem, czyli podmiotem przetwarzającym Pani/Pana dane osobowe jest *P&P Beauty Clinic s.c.* z którym można się skontaktować elektronicznie na adres e-mail: ppbeautyclinic@gmail.com, pisemnie pod adresem: ul. Łokietka 32-33, Galeria Kaskada I piętro, nr 17, 66-400 Gorzów Wielkopolski lub telefonicznie: 608 123 132.

**II.** We wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz

korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych, prosimy o kontakt poprzez

adres e-mail: ppbeautyclinic@gmail.com lub pisemnie na adres ul. Łokietka 32-33,

Galeria Kaskada I p. , nr 17, 66-400 Gorzów Wielkopolski z dopiskiem ***OCHRONA***

***DANYCH OSOBOWYCH.***

**III.** Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane :

a. w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności realizacji profilaktyki

zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej leczenia,

zarzadzania usługami opieki (na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO i

przetwarzane przez okres przewidziany przepisami prawa (ustawa o prawach

pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta),

b. dla celów archiwizacyjnych, prowadzenia analiz statystycznych oraz

zapewnienia rozliczalności tj. wykazania spełnienia przez Administratora

obowiązków wynikających z przepisów prawa (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f

RODO) i przetwarzane przez okres 2 lata, chyba że złoży Pani/Pan sprzeciw we

wcześniejszym terminie,

c. w celu dochodzenia roszczeń i obrony przed ewentualnymi roszczeniami

związanymi z realizacją obozu, co stanowi prawnie uzasadniony interes

Administratora ( na podstawie art. 6 ust. 1 lit f RODO) i będą przetwarzane przez

okres przedawnienia roszczeń określony w przepisach prawa.

**IV.** Administrator może udostępnić Pani/Pana dane osobowe następującym podmiotom:

a. dostawcom usług technicznych i organizacyjnych, w tym usługi zarządzania

podmiotem leczniczym oraz prowadzenia dokumentacji medycznej

b. dostawcom usług prawnych i doradczych,

c. innym podmiotom, osobom lub organom – w zakresie i na zasadach określonych

przepisami prawa

**V.** Przysługują Pani/Panu następujące prawa w związku z przetwarzaniem danych

osobowych przez Administratora:

a. prawo dostępu do danych osobowych (art. 15 RODO, z uwzględnieniem

wyjątków określonych w przepisie art. 15 ust. 4 RODO),

b. prawo do sprostowania danych osobowych (art. 16 RODO),

c. prawo do żądania usunięcia danych w przypadkach określonych w art. 17 ust. 1

RODO, z uwzględnieniem wyjątków określonych w przepisie art. 17 ust. 3 RODO,

d. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych w przypadkach

określonych w art. 18 RODO.

**VI.** Ponadto w przypadku, gdy Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez

Administratora na podstawie zgody, przysługuje Pani/Panu prawo do wycofania zgody

w dowolnym momencie, bez wpływu na ważność przetwarzania, które zostało dokonane na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

**VII.** Dodatkowo z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją przysługuje

Pani/Panu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadku, gdy podstawą przetwarzania danych przez Administratora jest uzasadniony interes prawny Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).

**VIII.** Jednocześnie posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

zajmującego się ochroną danych osobowych (tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych

Osobowych) w sytuacji, w której przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych przez

Administratora narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

**IX**. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w wydarzeniu organizowanym przez Administratora.

Zapoznałem(-am) się z polityką prywatności i obowiązkiem informacyjnym. Niniejszy dokument jest dwustronny. Został sporządzony w dwóch jednakowych egzemplarzach. Potwierdzam zapoznanie się z powyższymi informacjami oraz odbiór kopi.

Data…………………………..

Podpis Pacjenta………………………………………….

Proszę o utworzenie w aplikacji drWidget mojego konta indywidualnego aktywowanego poprzez przesłanie linka aktywacyjnego na adres e-mail:

………………………………………………………….…………………

Hasło ustanowię samodzielnie podczas aktywacji konta.

Data…………………………..

Podpis Pacjenta………………………………………….