Fizjoterapia Michał Gołąbek

ul. Młynarska 29 01-175 Warszawa | tel. +48 698 430 940 | gabinet@fizjoterapiagolabek.pl | PWZFz 19442

KLAUZULA INFORMACYJNA

na podstawie art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO)

1. **Administrator danych osobowych.** Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Michał Gołąbek**, prowadzący gabinet fizjoterapii pod adresem ul. Młynarska 29 01-175 Warszawa (tel. +48 698 430 940, e-mail: gabinet@fizjoterapiagolabek.pl).

2. **Cel i podstawa prawna przetwarzania.** Pani/Pana dane osobowe, w tym dane dotyczące stanu zdrowia, przetwarzane są w celu **udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych** (diagnoza, terapia, rehabilitacja) na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dane kontaktowe (imię, nazwisko, numer telefonu) przetwarzane są również w celu umawiania wizyt — na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO (wykonanie umowy).

3. **Okres przechowywania.** Dokumentacja medyczna przechowywana jest przez **20 lat** od dnia ostatniego wpisu, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Dane kontaktowe — przez czas trwania współpracy oraz przez okres przedawnienia roszczeń.

4. **Odbiorcy danych.** Pani/Pana dane mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na mocy przepisów prawa (np. organom publicznym na ich żądanie). Dane **nie są przekazywane** do państw trzecich ani organizacji międzynarodowych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

5. **Prawa osoby, której dane dotyczą.** Przysługuje Pani/Panu prawo do: **dostępu** do swoich danych, żądania ich **sprostowania**, **usunięcia** (z zastrzeżeniem obowiązków wynikających z przepisów o dokumentacji medycznej), **ograniczenia przetwarzania** oraz **przeniesienia danych**. Przysługuje Pani/Panu także prawo do **wniesienia skargi** do organu nadzorczego — Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, www.uodo.gov.pl).

6. **Dobrowolność podania danych.** Podanie danych osobowych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, jest **dobrowolne**, lecz niezbędne do udzielenia świadczenia fizjoterapeutycznego. Odmowa podania danych uniemożliwia wykonanie zabiegu.

7. **Profilowanie i zautomatyzowane podejmowanie decyzji.** Pani/Pana dane **nie będą** przetwarzane w sposób zautomatyzowany ani profilowane.

POTWIERDZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ

_____ _____

Imię i nazwisko pacjenta (drukowanymi literami) Data

_____

Podpis pacjenta

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z powyższą klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych i przyjmuję ją do wiadomości.