

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (RODO)

W trosce o bezpieczeństwo Państwa danych osobowych oraz w celu dopełnienia obowiązku informacyjnego wynikającego z RODO, prosimy o wyrażenie zgody (szczególnie trzech pierwszych, bez których nie będziemy mogli rozpocząć współpracy):

Oświadczam, działalność gospodarcza **Centrum Medyczne Vis Vitalis Przemysław Kasprzyszyn** z siedzibą w Niemodlinie (49-100) przy ul. Reymonta 56, REGON 523504951, NIP 9910546887 (dalej jako: „Centrum Medyczne”), udzieliła mi wszelkich informacji dotyczących przetwarzania moich danych osobowych, w tym informacji o których mowa w art. 13 ust. 1 i ust. 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.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04) zwanego powszechnie RODO; oraz w zakresie nieuregulowanym przez RODO przetwarzanie danych osobowych jest regulowane przez Ustawę o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym danych medycznych zawartych w korespondencji, ankietach, kwestionariuszach, wynikach badań medycznych, testach, dziennikach aktywności, dziennikach żywieniowych, wywiadzie naturopatycznym i dietetycznym zgodnie ze stosownymi przepisami prawa przez Centrum Medyczne. Mam świadomość, iż moja zgoda jest całkowicie dobrowolna i mam prawo do wglądu, modyfikacji, poprawiania i usuwania. *Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie może skutkować niemożliwością wykonania usługi przez Centrum Medyczne. Jednocześnie informujemy, że Centrum Medyczne nie udostępnia danych osobowych, chyba że będzie to wynikało z mocy prawa. Mają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj. po 25 maja 2018 r. – Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).*

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Centrum Medyczne, moich wyników badań, dokumentacji medycznej oraz innych danych, podmiotom (np. innym klinikom lub laboratoriom) współpracującym z Centrum Medyczne, przy czym upoważniam Centrum Medyczne do udzielania upoważnień swoim pracownikom w tym zakresie.

Wyrażam zgodę na odbiór przez Centrum Medyczne, moich wyników badań ze wskazanego przez mnie podmiotu leczniczego czy laboratorium (np. z innych klinik czy z laboratorium) współpracującym z Centrum Medyczne, przy czym upoważniam Centrum Medyczne do udzielania upoważnień swoim pracownikom w tym zakresie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne w celu marketingowym (promocyjnym i informacyjnym) polegającym na przekazywaniu mi informacji o usługach lub produktach Centrum Medyczne, promocjach, cennikach i innych informacjach, a także wydarzeniach promocyjnych, szkoleniach i innych aktywnościach Centrum Medyczne, w tym w formie newslettera, w tym i za pośrednictwem wiadomości elektronicznych. Mam świadomość, iż moja zgoda jest całkowicie dobrowolna i może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie zaprzestaniem przetwarzania

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKONANIE USŁUGI

Ja (wpisz czytelnie imię i nazwisko) o numerze PESEL (wpisz czytelnie nr. PESEL) poinformowany o wszelkich możliwych przeciwwskazaniach i konsekwencjach świadczonej Usługi przez Centrum Medyczne, niniejszym wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na świadczenie wobec mnie Usługi (wpisz pełną nazwę Usługi; jeśli to pakiet, to dotatkowo wypisz zawartość)

.....

.....

W tym zakresie zostałem poinformowany m.in. o:

- przeciwwskazaniach do wykonania Usługi;
- rodzaju, technice i sposobie wykonania Usługi;
- pochodzeniu i sposobie działania preparatów wykorzystywanych w związku z Usługą;
- możliwych do osiągnięcia efektów Usługi;
- możliwych powikłaniach i ryzykach efektów niepożądanych po wykonaniu Usługi;
- sposobie postępowania po wykonaniu Usługi;
- czasie utrzymywania się efektów wykonanej Usługi;
- minimalnej ilości wykorzystanych Usług, których zrealizowanie jest niezbędne do utrzymania lub osiągnięcia określonego efektu;
- możliwych dolegliwościach w trakcie wykonywania Usługi lub po ich zakończeniu;
- sposobach postępowania po wykonanej Usłudze.

Mam świadomość, że nie jest możliwym przewidzieć lub zagwarantować wszelkich wyników wykonanej Usługi.

Miałem możliwość zadawania pytań dotyczących wykonanej Usługi, które przybliżyły mi w całości charakter wykonanej Usługi.

.....
/data, czytelny podpis/

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Ja (wpisz czytelnie imię i nazwisko) o numerze PESEL (wpisz czytelnie nr. PESEL) niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem Centrum Medycznego Vis Vitalis Przemysław Kasprzyszyn, którego kopię wcześniej otrzymałem i w całości akceptuję jego postanowienia oraz zobowiązuje się do jego przestrzegania.

Równolegle oświadczam, iż miałem wystarczającą ilość czasu na zapoznanie się z Regulaminem, a wszelkie jego postanowienia zostały mi szczegółowo wyjaśnione.

.....
/data, czytelny podpis/

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI PRAWA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

Ja (wpisz czytelnie imię i nazwisko) o numerze PESEL (wpisz czytelnie nr. PESEL) pouczony o przysługującym mi – na podstawie art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta – prawie do odstąpienia od Umowy niniejszym oświadczam, iż świadomie zrzekam się tego prawa i żądam wykonania Usługi (wpisz pełną nazwę Usługi; jeśli to pakiet, to dodatkowo wypisz zawartość)
.....
.....
..... w terminie wcześniejszym tj.
..... (wpisz termin Usługi).

.....
/data, czytelny podpis/

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKPRYZYSTANIE WIZERUNKU

Ja (wpisz czytelnie imię i nazwisko) o numerze

PESEL (wpisz czytelnie nr. PESEL) niniejszym nie / wyrażam zgodę (wybierz właściwe) na nieodpłatne utrwalanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku oraz danych dotyczących historii mojego leczenia przez Przemysława Kasprzyszyna, prowadzącego działalność gospodarczą pod firmą „Centrum Medycznego Vis Vitalis Przemysław Kasprzyszyn” (NIP 9910546887, REGON 523504951) w celach (wybierz właściwe):

- reklamowych, marketingowych;
- naukowych;
- dydaktycznych.

Równolegle oświadczam, iż niniejsza zgoda ma charakter dobrowolny, nieodpłatny i obejmuje zgodę na utrwalenie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, w tym także prawo do wykorzystania, utrwalania, zwielokrotniania, kopiowania, rozpowszechniania, odtwarzania, nadawania i reemitowania oraz obróbki, opracowania i powielania mojego wizerunku dowolną techniką lub za pośrednictwem mediów, w tym mediów społecznościowych na wszelkich polach eksploatacji.

Nadto oświadczam, iż niniejsza zgoda obejmuje / nie obejmuje (wybierz właściwe) również prawo do udzielania sublicencji na wykorzystanie mojego wizerunku oraz danych dotyczących historii mojego leczenia.

Oświadczam, że niniejsza zgoda do wyżej wymienionych celów następuje bez ograniczeń terytorialnych i czasowych, w szczególności niniejsza zgoda obejmuje także okres po zakończeniu korzystania z Usług Centrum Medycznego Vis Vitalis Przemysław Kasprzyszyn.

Jednocześnie potwierdzam, iż zostałem/zostałam pouczony/pouczona o prawach związanych z niniejszą zgodą, w tym zwłaszcza o tym, że:

- mam prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie;
- wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem wykorzystania wizerunku oraz danych, które dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem;
- moje dane oraz wizerunek będą przechowywane do czasu wycofania zgody, nie dłużej niż do upływu czasu wymaganego przez obowiązujące przepisy prawa;
- mam prawo żądania dostępu do moich danych (w tym wizerunku), ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo przenoszenia danych.

Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

.....
/data, czytelny podpis/