

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a .....  
na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. a, b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dn. 27.04.2016 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) (dalej jako RODO) wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach dla potrzeb niezbędnych do realizacji umowy cywilnoprawnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 RODO SP ZOZ z siedzibą w Szczepieszynie poinformował mnie a ja przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest/będzie:  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Szczepieszynie,  
22 – 460 Szczepieszyn, ul. Klukowskiego 3.
2. Dane Inspektora Ochrony Danych dostępne są na stronie internetowej  
<http://www.zoz-szczepieszyn.pl>
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy cywilnoprawnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza.
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne lub inne podmioty, którym Administrator je ujawnia do celów wynikających w związku z prawnie uzasadnionymi interesami realizowanymi przez Administratora.
5. Moje dane osobowe takie jak: nazwisko i imię, stanowisko, tytuł naukowy, e-mail służbowy, telefon służbowy mogą być udostępnione na stronie internetowej Administratora:  
<http://www.zoz-szczepieszyn.pl>
6. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat.
7. Mam 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, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
8. Mam prawo wniesienia skargi do GIODO adres siedziby:  
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO.
9. Podanie przez mnie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości podpisania umowy cywilnoprawnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza.
10. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis