**Oświadczenie**

Oświadczam, że zostałam/em zapoznana/ny z informacjami dot. przetwarzania moich danych osobowych ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
 Imię i Nazwisko osoby upoważnionej

Które, zostały powierzone (udostępnione) za moją wiedzą i zgodą przez :

………………………………………………………………………………………………………………………………………..  
 Imię i Nazwisko pacjenta

W związku z upoważnieniem do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i planowanych oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych i/lub do uzyskania dokumentacji medycznej w Miejskim Szpitalu Zespolonym w Częstochowie.

Powierzone dane obejmują : imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa, (nr dowodu osobistego), dane do bezpośredniego kontaktu.

**Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania**

Dane osobowe osób upoważnionych są przetwarzane w celu realizacji upoważnienia do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i planowanych oraz udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów art. 6 ust.1 lit. c i d oraz art.9 ust.2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie4 danych 2016/679 (RODO) oraz § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Podanie danych osobowych (w tym : okazanie dokumentu potwierdzającego tożsamość) jest dobrowolne lecz niezbędne w celu zrealizowania upoważnienia.

**Informacje o odbiorcach danych osobowych**

Dane osobowe osób upoważnionych przez pacjentów SP ZOZ MSZ w Częstochowie mogą być przekazywane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, oraz dostawcom usług technicznych i organizacyjnych, które umożliwiają udzielenie świadczeń zdrowotnych i prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych oraz firmom kurierskim i pocztowym.

**Okres, przez który dane osobowe będą przechowywane**

Dane osobowe osób upoważnionych są przechowywane przez wymagany przepisami prawa okres przechowywania dokumentacji medycznej lub do czasu wycofania upoważnienia przez pacjenta.

**Prawa przysługujące osobom upoważnionym w związku z przetwarzaniem danych osobowych**

Osobom upoważnionym przysługuje prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a w przypadku zaistnienia takiej konieczności, do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych.

**Informacja o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Osobom upoważnionym przysługuje prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego:

Biuro Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych

ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa

tel. 22 531 03 00; fax. 22 531 03 01

[kancelaria@giodo.gov.pl](mailto:kancelaria@giodo.gov.pl); [www.giodo.gov.pl](http://www.giodo.gov.pl)

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy, także po zakończeniu hospitalizacji (zrealizowaniu upoważnienia), wszelkich informacji dotyczących innych pacjentów, opiekunów (osób odwiedzających) i personelu oddziału (szpitala).

Podczas składania oświadczenia, miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących Ochrony Danych Osobowych.

Otrzymałam/em na nie odpowiedzi, a uzyskane informacje są dla mnie jasne i zrozumiałe.

Niniejsze oświadczenie stanowi integralną część Historii Choroby Pacjenta lub Upoważnienia.

……………………………………………………  
 Czytelny podpis osoby upoważnionej