

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że:

- wyrażam zgodę na utrwalenie zdjęcia mojego Wizerunku przed i po zabiegu, w celu analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej,
- udzielam bezterminowej zgody na rozpowszechnianie, na zasadach i w sposób określony w niniejszym oświadczeniu, mojego Wizerunku w celu powyżej określonym.

Niniejsza zgoda upoważnia do utrwalania Wizerunku oraz do udostępniania zdjęć wyłącznie w formie uniemożliwiającej identyfikację pacjenta, a w celach naukowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego Wizerunku dla celów dokumentacyjnych, zgodnie z art.6ust.1lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).

Niniejsze udzielenie zgody i oświadczenia następują nieodpłatnie.

Dane dotyczące Wizerunku będą przetwarzane przez okres 1 r.

.....
Data i podpis pacjenta

Przyjmuję do wiadomości, że :

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych tj. Wizerunku, wskazanych w zgodzie na przetwarzanie danych osobowych wyrażonych powyżej jest doktor Mieczysław Magierski, który wykonywał mi zabieg,
- Celem zbierania ww. danych jest konieczność dokonania analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej,
- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądanie zaprzestania przetwarzania danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,
- Utrwalenie ww. danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do dokonania analizy porównawczej i oceny skuteczności zabiegowej,
- Dane dotyczące Pani/Pana Wizerunku nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim,
- Dane dotyczące Pani/Pana Wizerunku nie będą podlegały profilowaniu,
- Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać ww. danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych,
- Dane osobowe, o których mowa powyżej będą przechowywane przez okres 1 roku .

.....
Data i podpis pacjenta