

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UPOWAŻNIONYCH PRZEZ PACJENTA**

| Treść klauzuli                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sposób wprowadzenia                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>KLAUZULA ZGODY</b></p> <p>Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:</p> <p>1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Batalionów Chłopskich 6,</p> <p>2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Panią Magdaleną Masternak – <a href="mailto:iod@szpital.starachow.ice.pl">iod@szpital.starachow.ice.pl</a></p> <p>3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na czas trwania świadczonych usług</p> <p>4) Pani/Pana dane otrzymaliśmy od pacjenta (dane jak w historii choroby)</p> <p>5) każda osoba upoważniona przez pacjenta m.in. do odbioru dokumentacji medycznej posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody</p> <p>6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego</p> <p>7) podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz nie podanie danych może skutkować niemożliwością wydania dokumentacji medycznej dla osoby wskazanej w upoważnieniu</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• na stronie www</li> <li>• jako odrębny dokument</li> </ul> |

INSPEKTOR OCHRONY DANYCH

Inspektor Ochrony Danych

Magdalena Masternak

KIEROWNIK

Administrator Systemu Informatycznego

Bartosz Tuchowski

Bartosz Tuchowski

Dyrektor Naczelny  
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej  
w Starachowicach

lek. med. Jacek Wałkowski

Administrator Danych Osobowych