

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

ZGŁASZAM PRZYSTĄPIENIE DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ OD DNIA W RAMACH PAKIETU:
(przy wybranym pakiecie należy wpisać „x”)

CLASSIC	SUPER	SUPER PLUS

PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

(1) pracownik

Imię i nazwisko:*

PESEL:* Data urodzenia:*

Adres zamieszkania:**

Telefon:* Adres e-mail:*

(2) członek rodziny

Imię i nazwisko:*

PESEL:* Data urodzenia:*

Adres zamieszkania:**

Telefon:* Adres e-mail:*

(3) członek rodziny

Imię i nazwisko:*

PESEL:* Data urodzenia:*

Adres zamieszkania:**

Telefon:* Adres e-mail:*

(4) członek rodziny

Imię i nazwisko:*

PESEL:* Data urodzenia:*

Adres zamieszkania:**

Telefon:* Adres e-mail:*

(5) członek rodziny

Imię i nazwisko:*

PESEL:* Data urodzenia:*

Adres zamieszkania:**

Telefon:* Adres e-mail:*

*pola obowiązkowe

**jeżeli adres taki sam jak pracownika – prosimy nie uzupełniać

Spełniając obowiązek informacyjny wynikający z obowiązujących krajowych przepisów prawa oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (RODO), POLMED S.A. informuje, że:

1. Administratorem danych osobowych jest POLMED S.A. z siedzibą w Starogardzie Gdańskim, Osiedle Kopernika 21, kod pocztowy 83-200 adres e-mail: kontakt@polmed.pl tel. 58 775 09 19.
2. POLMED przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu:
 - 1) udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenia dokumentacji medycznej - na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 3 ust. 1 Ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
 - 2) zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej - na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 3 ust. 1 Ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
 - 3) profilaktyki zdrowotnej - na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z art. 24 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz art. 3 ust. 2 Ustawy z dn. 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
 - 4) zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego (zaświadczenia lekarskie, lekarze orzecznicy) - na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w związku z art. 54 Ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa lub innych właściwych przepisów z zakresu prawa ubezpieczeń społecznych.
3. Z dniem 25 maja 2018 r. podstawą przetwarzania danych osobowych zamiast art. 27 ust. 2 pkt 7 Ustawy z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych będzie art. 9 ust. 2 lit. h (świadczenie usług medycznych) RODO.
4. Kontakt z inspektorem ochrony danych w POLMED S.A. od dn. 25.05.2018 r. będzie możliwy za pośrednictwem formularza kontaktowego dostępnego na stronie www.polmed.pl
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres wymagany obowiązującymi przepisami prawa m.in. Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Pacjentowi przysługuje prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych, ale cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
7. Osobie, której dane dotyczą przysługują następujące uprawnienia:
 - 1) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - 2) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - 3) ograniczenia przetwarzania danych (z wyjątkiem danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej);
 - 4) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych (z wyjątkiem danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej);
 - 5) prawo do przenoszenia danych (z wyjątkiem danych osobowych zawartych w dokumentacji medycznej).
8. Pacjentowi nie przysługuje prawo do bycia zapomnianym (usunięcia danych) w zakresie danych zawartych w dokumentacji medycznej i ustawowego okresu jej przechowywania – zgodnie z art. 29 ust. 1 Ustawy o prawach pacjentów w zw. z art. 17 ust. 3 pkt c RODO.
9. Pacjentowi przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy obowiązującego prawa krajowego w tym unijnego rozporządzenia RODO.
10. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu świadczenia usług, o których mowa w pkt. 2.
11. POLMED informuje, że dane osobowe, które przetwarza nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

12. POLMED może udostępniać dane osobowe Pacjentów na zasadach określonych w art. 26-27 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniach do tej ustawy.
13. POLMED informuje, że przetwarza dane osobowe Pacjentów w ramach Grupy Kapitałowej (POLMED SA, POLMED ZDROWIE, POLMED INNOVATION) w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług.

miejsowość, data	czytelny podpis pracownika (1)
miejsowość, data	czytelny podpis członka rodziny (2) <i>(w przypadku dziecka podpis rodzica/opiekuna prawnego)***</i>
miejsowość, data	czytelny podpis członka rodziny (3) <i>(w przypadku dziecka podpis rodzica/opiekuna prawnego)***</i>
miejsowość, data	czytelny podpis członka rodziny (4) <i>(w przypadku dziecka podpis rodzica/opiekuna prawnego)***</i>
miejsowość, data	czytelny podpis członka rodziny (5) <i>(w przypadku dziecka podpis rodzica/opiekuna prawnego)***</i>

*** nie dotyczy dzieci powyżej 16 r.ż. (zgodnie z art. 8 RODO, obowiązuje od dnia 25 maja 2018 r.)

ZGODA NA POTRĄCANIE SKŁADKI

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na potrącanie składki z mojego wynagrodzenia w wysokości za pakiet indywidualny/partnerski/rodzinny (właściwe zakreślić)

.....

data i podpis pracownika