

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

.....
(adres)

.....
(PESEL)

ZGODA NA PRZETWARZANIE I UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Laboratorium Analiz Medycznych z siedzibą w Elblągu przy ul. Nowowiejskiej 7 w celu wykonania badań laboratoryjnych jednocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych przez Laboratorium Analiz Medycznych z siedzibą w Elblągu przy ul. Nowowiejskiej 7 do innych laboratoriów współpracujących w celu wykonania badań laboratoryjnych jeśli zajdzie taka potrzeba.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Laboratorium Analiz Medycznych (LAM) z siedzibą w Elblągu przy ul. Nowowiejskiej 7;
- 2) inspektorem ochrony danych w Laboratorium analiz Medycznych jest Pan Dariusz Błaszczuk, email: iod@fragolino.pl;
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy - wykonania badań laboratoryjnych;
- 4) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być inne laboratoria współpracujące, w których wykonywane mogą być badania – jeśli zajdzie taka potrzeba;
- 5) Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane do państwa trzeciego w sytuacji wykonywania badań przez laboratorium współpracujące, którego siedziba znajduje się poza Polską;
- 6) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres min 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 7) posiada Pani/Pan 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 (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do GIODO, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 9) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy. Jest Pani/Pan zobowiązana/y do ich podania, a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości zawarcia umowy na realizację badań laboratoryjnych;
- 10) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

UPOWAŻNIENIE*

Niniejszym upoważniam Pana/Panią legitymującą się dowodem osobistym o numerze do przekazania w moim imieniu materiału biologicznego do Laboratorium Analiz Medycznych w Elblągu, celem wykonania badań laboratoryjnych. Jednocześnie upoważniam wyżej wymienioną osobę do odbioru wyników wykonanych badań laboratoryjnych. Niniejsze upoważnienie jest ważne do dnia

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

* Wypełnij tylko jeśli chcesz upoważnić kogoś do dostarczenia próbki oraz odbioru wyników badań w twoim imieniu