

## **Centrum Medycyny Estetycznej „da Vinci” lek. med. Izabela Kotulska**

wypełniając obowiązek wynikający z art.13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO

informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: **Centrum Medycyny Estetycznej „da Vinci” lek. med. Izabela Kotulska ul. Warszawska 6/201, 66-400 Gorzów Wlkp.**
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
  - a) wykonania zabiegu medycyny estetycznej,
  - b) prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej.
3. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych są w szczególności:
  - a) art. 6 ust.1 lit. b, art.9 ust.2 lit. a i h RODO,
  - b) art.24 ust. 1 Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta.
4. Dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej przetwarzane będą przez okres 20 lat od daty ostatniego wpisu.
5. Dane osobowe mogą być udostępniane wyłącznie uprawnionym podmiotom na mocy przepisów prawa.
6. Ma Pani / Pan prawo:
  - a) cofnięcia w każdym czasie udzielonej zgody na przetwarzanie danych,
  - b) dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
  - c) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
  - d) przenoszenia danych osobowych, o ile spełnione są wymogi przewidziane przepisami.
7. Gdy uzna Pani /Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana narusza przepisy RODO, ma Pan / Pani prawo wniesienia skargi do Organu Nadzorczego, którym jest **Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.**
8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji celów zawartych w pkt.2 niniejszej informacji.
9. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać Pani / Pana danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Pani /Pana dane nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

.....  
(data i podpis Pacjenta)

### **Oświadczenie Pacjenta**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie kategorii danych osobowych – numer telefonu kontaktowego osoby, której dane dotyczą, w celu informowania o terminach wizyt, zabiegów przez  
**Centrum Medycyny Estetycznej „da Vinci” lek. med. Izabela Kotulska  
ul. Warszawska 6/201, 66-400 Gorzów Wlkp.**

.....  
(data i podpis Pacjenta)