

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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, zwanego dalej RODO informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Uniwersytecka Przychodnia Lekarsko-Stomatologiczna UNIMEDYK ul. Grunwaldzka 6 Poznań, e-mail przychodnia@unimedyk.pl telefon 618291111;
2. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO tj. wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko COVID-19 oraz art. 6 ust. 1 lit. f RODO w związku z prawnie uzasadnionymi interesami Administratora – w celach archiwizacyjnych i w celu ustalenia i dochodzenia lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami;
3. Odbiorcami Pani/Pana danych będzie Centrum e-Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia;
4. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego oraz organizacji międzynarodowej;
5. Pani/Pana dane osobowe zgodnie z przepisami będą przechowywane w sposób gwarantujący zachowanie ich poufności, integralności, kompletności oraz dostępności, w warunkach niegrożących uszkodzeniem lub zniszczeniem do czasu przekazania ich do Centrum e-Zdrowia oraz celem ich archiwizacji przez okres pięć lat lub do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń;
6. Posiada Pani/Pan prawo, w zakresie wynikającym z RODO: do dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii, ich sprostowania (poprawiania), usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,   
   a także prawo do przenoszenia danych. Ponadto posiada Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uzna Pani/Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z RODO lub innymi regulacjami prawnymi służącymi stosowaniu RODO. W przypadku przetwarzania Państwa danych osobowych na postawie zgód Administrator informuje o przysługującym prawie cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez podania przyczyn i wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
7. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji celu jakim jest organizacja i realizacja szczepienia przeciwko COVID-19. Odmowa podania przez Panią/Pana wymaganych danych będzie skutkowała brakiem możliwości wykonania szczepienia;
8. Informujemy, że w przypadku przetwarzania danych na podstawie zgody, wyrażone zgody mogą Państwo wycofać kontaktując się z Administratorem za pośrednictwem adresu e-mail: [przychodnia@unimedyk.pl](mailto:przychodnia@unimedyk.pl) lub przesyłając żądanie na adres siedziby;
9. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

Imię i nazwisko………….……………………….….……………… Pesel……………….…………….............…….

W związku z organizacją i realizacją szczepień przeciwko COVID-19 w ramach realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko Covid-19 na podstawie ogłoszenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 grudnia 2020 r., ja niżej podpisana/-y, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci: imienia nazwiska, numeru PESEL, telefonu kontaktowego, adresu zamieszkania, przez Uniwersytecką Przychodnię Lekarsko-Stomatologiczną UNIMEDYK w Poznaniu oraz udostępnianie tych danych: Centrum e-Zdrowia, Ministerstwu Zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywoływanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

.......................................................

podpis osoby wyrażającej zgodę