

OŚWIADCZENIE
o wyrażeniu zgody na utrwalenie i przetwarzanie wizerunku pacjenta

Imię i nazwisko pacjenta	
Nr PESEL (w przypadku braku nr PESEL, nr i seria paszportu)	

CZĘŚĆ A – ZGODA DOTYCZĄCA PROWADZENIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Wyrażam / nie wyrażam* dobrowolną i świadomą zgodę na wykonanie zdjęcia (fotografii) mojej części ciała w celu jego utrwalenia i przetwarzania wizerunku

– dotyczy (uzupełnia personel).

Zdjęcia będą wykonywane w Gabinetach Lekarskich Sowmed przy użyciu urządzenia oraz z zastosowaniem środków ochrony zgodnie z wdrożoną Polityką bezpieczeństwa przetwarzania danych w Sowmed Sp. z o.o.

Wykonane zdjęcia będą stanowić część dokumentacji medycznej/zabiegowej wraz z informacją zawartą w samym pliku jak np. lokalizacja, czy data.

CZĘŚĆ B – ZGODA DOTYCZĄCA DZIAŁAŃ MARKETINGOWYCH

Dobrowolna i świadoma zgoda na publikację zdjęć w celach (zgodnie z art. 81 ust.1 prawa autorskiego Dz.U.2021.1062)	TAK*	NIE*
marketingowych i promocyjnych w serwisach internetowych (Facebook, Instagram)		
marketingowych i promocyjnych na stronie www.chirurgiasowmed.pl , www.sowmedbeauty.pl , www.zmniejszaniezoladka.pl		
marketingowych i promocyjnych w mediach elektronicznych (ekrany, banery z wyświetlaczami, projektory)		
marketingowych i promocyjnych w tytułach prasowych (wersja tradycyjna i elektroniczna)		
naukowych		
konsultacji		

Zgoda na publikację materiałów (zdjęć):

	TAK*	NIE*
Wyłącznie sylwetki		
Sylwetki oraz twarzy		
Ujawnienie tożsamości		

na rzecz, Sowmed Sp. z o.o. bez ograniczeń czasowych i bez warunków co do sposobu lub kontekstu, w którym zdjęcie zamieszczono.

W przypadku wykonania zdjęcia własnym urządzeniem mobilnym pacjenta, należy ten fakt odnotować:

Data i podpis pacjenta	Data i oznaczenie lekarza

* właściwe wybrać

Informacja o zasadach przetwarzania danych

w związku ze zgodą na wykorzystanie wizerunku Administrator danych SOWMED Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu (60-865) ul. Jeżycka 38/40 informuje, że dane będą przetwarzane na podstawie dobrowolnie wyrażonej zgody w celu upublicznienia wizerunku. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Danych Osobowych: e-mail: iod@chirurgiasowmed.pl, tel.577-409-727 lub pisemnie na adres administratora.

Przysługuje Pani/u prawo żądania dostępu, aktualizacji, ograniczenia przetwarzania i przenoszenia swoich danych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie bez wpływu na przetwarzanie, które miało miejsce do momentu wycofania. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i niezbędne do publikacji wizerunku przez administratora.

Dane mogą być udostępniane podmiotom, które są upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, którym administrator powierzył dane w celu prawidłowego wykonania usług w celu i zakresie niezbędnym do tych czynności. Dane będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody.

W sprawach spornych dotyczących ochrony danych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa) w przypadku uznania, iż przetwarzanie powierzonych danych osobowych narusza przepisy RODO.

podstawa prawna art 6. pkt 1 a; art. 7 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 (RODO)