

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA OSÓB UPOWAŻNIONYCH PRZEZ PACJENTA**

Treść klauzuli	Sposób wprowadzenia
<p><b>KLAUZULA ZGODY</b></p> <p>Zgodnie z art.13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Starachowicach przy ul. Batalionów Chłopskich 6,</li> <li>2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – <a href="mailto:iod@szpital.starachowice.pl">iod@szpital.starachowice.pl</a></li> <li>3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na czas trwania świadczonych usług</li> <li>4) Pani/Pana dane otrzymaliśmy od pacjenta (dane jak w historii choroby)</li> <li>5) każda osoba upoważniona przez pacjenta m.in. do odbioru dokumentacji medycznej posiada prawo do dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub odwołania uprzednio udzielonej zgody</li> <li>6) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego</li> <li>7) podanie danych osobowych jest dobrowolne lecz nie podanie danych może skutkować niemożliwością wydania dokumentacji medycznej dla osoby wskazanej w upoważnieniu</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• na stronie www</li> <li>• jako odrębny dokument</li> </ul>

**INSPEKTOR OCHRONY DANYCH**  
Inspektor Ochrony Danych

Magdalena Masternak  
mgr Magdalena Masternak

Administrator Systemu Informatycznego

  
Bartosz Tuchowski

**DYREKTOR**  
Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Starachowicach

Grzegorz Kaleta

Administrator Danych Osobowych