

INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH (RODO)

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 oraz art. 26 RODO informujemy o zasadach przetwarzania Państwa danych osobowych:

1. Współadministratorzy i Punkt Kontaktowy

- **ESTE ESTETICA Sp. z o.o.**, ul. Gerberowa 4, 30-898 Kraków (NIP: 6793363403, KRS: 0001234892, REGON: 544484666)
- **MultiMED Tomasz Brzoskwini**a, ul. Gerberowa 4, 30-898 Kraków (NIP: 9442255894, REGON: 367805096)
- **Kontakt:** e-mail: rodo@estekrakow.pl, tel.: **+48 503 504 325**, adres: ul. Gerberowa 4, 30-898 Kraków.
- **Istota uzgodnień:** Podmioty wspólnie zarządzają bazą pacjentów oraz systemem Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) w celu zapewnienia ciągłości opieki. Za realizację Państwa praw odpowiadają solidarnie.
- Współadministratorzy nie powołali Inspektora Ochrony Danych (IOD), ponieważ zgodnie z art. 37 w zw. z motywem 91 preambuły RODO nie spoczywa na nich taki ustawowy obowiązek.

2. Cele, podstawy prawne i okres przechowywania danych

- **Cel zdrowotny** – udzielanie świadczeń medycznych, diagnoza medyczna i prowadzenie dokumentacji medycznej. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c RODO (przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO (przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) w zw. z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Okres przechowywania: co do zasady 20 lat od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu (zgodnie z art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).
 - **Cel marketingowy i kontaktowy** – informowanie o nowościach, ofertach i wolnych terminach (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Okres: **do momentu wycofania zgody**.
 - **Prawnie uzasadniony interes** – obrona i dochodzenie roszczeń oraz zapewnienie bezpieczeństwa (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Okres: do czasu przedawnienia ewentualnych roszczeń.
 - **Prawnie uzasadniony interes** – zapewnienie bezpieczeństwa poprzez monitoring wizyjny (art. 6 ust. 1 lit. f RODO). Okres przechowywania nagrań: do 3 miesięcy.
3. **Odbiorcy danych** Państwa dane mogą być przekazywane wyłącznie zaufanym podmiotom w uzasadnionych przypadkach: współpracującemu personelowi medycznemu, dostawcom usług IT/EDM, Ministerstwu Zdrowia (System Informacji Medycznej SIM), ubezpieczycielom oraz obsłudze prawnej. Dane nie są przekazywane poza EOG ani przetwarzane w sposób zautomatyzowany (profilowanie).
4. **Państwa prawa** Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu.
- **Ważne:** Prawa te (w szczególności prawo do usunięcia danych czy sprzeciwu) podlegają ograniczeniom prawnym w zakresie danych przetwarzanych w celach medycznych oraz prowadzenia obowiązkowej dokumentacji medycznej.
 - Mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).
5. **Dobrowolność podania danych** Podanie danych osobowych w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji medycznej **jest wymogiem ustawowym**. W przypadku niepodania danych realizacja świadczeń nie będzie możliwa. Podanie danych w celu marketingowym jest całkowicie opcjonalne.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Współadministratorów: ESTE ESTETICA Sp. z o.o. oraz MultiMED Tomasz Brzoskwini w celach marketingowych i kontaktowych, w szczególności w celu otrzymywania informacji o nowościach, ofertach promocyjnych oraz wolnych terminach, za pośrednictwem wybranych poniżej kanałów:

połączeń telefonicznych i wiadomości SMS wiadomości e-mail

Zostałem(am) poinformowany(a), że mogę wycofać powyższe zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Oświadczenie Pacjenta: Potwierdzam, że zapoznałem(am) się z powyższą informacją o współadministrowaniu moimi danymi osobowymi i zrozumiałem(am) jej treść.

Kraków, dnia _____

podpis Pacjenta

podpis przedstawiciela ustawowego Pacjenta