

Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego ”

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH Przez Przychodnię Lekarską Szombierki Sp. z o.o.

Dotyczące Kandydata/ki do Projektu oraz Uczestnika/i Projektu

1. Imię (imiona) i Nazwisko	
2. PESEL	

Ja niżej podpisany/a, przyjmuję do wiadomości, iż w związku z **rekrutacją i przystąpieniem** do projektu pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego” :

Administratorem moich danych osobowych jest **PRZYCHODNIA LEKARSKA SZOMBIERKI SPÓŁKA Z O.O.** z siedzibą w Bytomiu, przy ul. Orzegowskiej 52a, KRS 0000308763.

W celu realizacji swoich praw mogę kontaktować z Administratorem:

- listownie na adres: ul. Orzegowska 52a, 41-907 Bytom
- telefonicznie pod numerem 32 281-97-94,
- e-mail: biuro@przychodniaszombierki.pl

Został wyznaczony **Inspektor ochrony danych** dla zapewnienia wyższego bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych. W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących moich danych osobowych mogę kontaktować się z nim:

- e-mail : iodo@przychodniaszombierki.pl
- telefonicznie pod numerem 32 281-97-94.

Przychodnia Lekarska Szombierki Sp. z o.o. przetwarza moje dane osobowe w:

- a) **w celu przeprowadzenia rekrutacji do Projektu oraz po pozytywnej decyzji, w celu objęcia mnie wsparciem EFS*** w ramach dofinansowania Projektu, którego Beneficjentem pomocy jest Przychodnia Lekarska Szombierki Sp. z o.o. na podstawie umowy o dofinansowanie projektu nr UDA WND-RPSL.08.03.02-24-010C/19-004, oraz **w celu przechowywania dokumentacji Projektu przez okres jego trwałości. Dane przetwarzane będą przez okres** od dnia złożenia Formularza Zgłoszenia i załączników, przez 5 lat począwszy od dnia zakończenia okresu realizacji projektu tj. od dnia 31.12.2022r.. **Podanie danych i ich przetwarzanie jest warunkiem udziału w Projekcie i wymogiem prawnym** na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit g *RODO** w związku z umową dofinansowania, Regulaminem Konkursu nr RPSL.08.03.02-IZ.01-24-297/18, Ustawą o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.
- b) **w celu dokonywania bieżących rozliczeń finansowo-księgowych otrzymanego wsparcia EFS w ramach Projektu, oraz przechowywania dokumentacji finansowo-księgowej**, przez okres wskazany w przepisach podatkowych. **Przetwarzanie danych jest wymogiem ustawowym** (na podstawie art. 6 ust. 1 lit c *RODO*, w związku z przepisami podatkowymi).
- c) **w celu ustalenia, dochodzenia roszczeń lub obrony przez roszczeniami**, przez czas trwania postępowań i okres przedawnienia roszczeń uregulowany w przepisach prawa, w zakresie wszystkich posiadanych danych. **Przetwarzanie danych w tym celu jest wymogiem umownym** (na podstawie art. 6 ust. 1 lit f oraz art. 9 ust. 2 lit f *RODO**).

A jeśli zakwalifikuję się do Projektu, to również w:

- d) **w celu udzielenia mi świadczeń zdrowotnych i zapewnienia opieki zdrowotnej** w zakresie zgodnym z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. **Dane przetwarzane będą przez okres** od momentu objęcia mnie wsparciem EFS w ramach Projektu do zakończenia mojego udziału w Projekcie. **Podanie danych i ich przetwarzanie jest warunkiem udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Projektu i wymogiem prawnym** (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit h *RODO** w związku z ustawą o działalności leczniczej).
- e) **w celu realizacji przysługujących mi praw jako Pacjenta Przychodni Lekarskiej Szombierki Sp. z o.o.**, w zakresie m.in. udzielania informacji o stanie zdrowia oraz prowadzenia, archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej, w tym również odbierania i archiwizowania moich oświadczeń, w których upoważniłam inne osoby do udzielania im

informacji o stanie mojego zdrowia, dostępu do dokumentacji medycznej lub zawiadomienia ich w przypadku pogorszenia się mojego stanu zdrowia, powodującego zagrożenie życia lub śmierć. **Dane przetwarzane będą przez okres** przewidziany w art. 29 i inne ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Przetwarzanie danych w tym celu jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze – jest wymogiem prawnym** (na podstawie 6 ust. 1 lit. c, f oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO* w z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

- f) **w celu zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej**, w tym w celach: zarządzania ryzykiem procesów medycznych, szkoleniowych i analitycznych, niezbędnych dla zwiększenia bezpieczeństwa, podnoszenia jakości świadczonych usług poprzez analizę badań oraz rozmów telefonicznych, sposobu realizacji świadczeń medycznych poprzez kierowanie w trakcie okresu trwania Projektu lub po jego zakończeniu, ankiety z prośbą o informację o jakości świadczonych usług zdrowotnych; uznając te działania za swoje prawnie uzasadnione interesy. **Dane przetwarzane będą przez okres** przez okres 1 roku licząc od końca roku kalendarzowego w którym zakończono świadczenie usługi zdrowotnej. **Przetwarzanie danych jest wymogiem umownym** (na podstawie art. 6 ust. 1 lit f oraz art. 9 ust.2 lit h RODO*).

Odbiorcami moich danych osobowych mogą być podmioty świadczące usługi w imieniu Administratora, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a to: podmioty zajmujące się utrzymaniem i bezpieczeństwem systemu informatycznego, w ramach usług telekomunikacyjnych, hostingowych, informatycznych, doradczych i audytowych; firmy świadczące usługi finansowo-księgowe, np. biura księgowe, firmy windykacyjne, doradcy podatkowi, biegli rewidenci, podmioty rozliczające projekt, firmy świadczące usługi prawne i doradcze, np. podmiot prawnicze, audytorzy, inspektorzy ochrony danych osobowych;

Moje dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom, którzy staną się ich administratorem, wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji ww. celów przetwarzania, a to:

1. podmiotom uprawnionym na mocy art. 26 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
2. firmom kurierskim i pocztowym oraz bankom;
3. podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności innym podmiotom leczniczym, które świadczyć będą dla mnie usługi zdrowotne w ramach Projektu np. transport medyczny, badania diagnostyczne.

Podanie danych stanowiących wymóg umowy i ustawowy jest obowiązkowe – bez nich nie będę mogła/mógł uczestniczyć w Projekcie i korzystać z usług zdrowotnych w ramach Projektu, bądź ich świadczenie znacząco się ograniczy.

Podanie pozostałych danych jest dobrowolne, niewymagane i nie wiąże się z negatywnymi skutkami ich niepodania. Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli podaję dobrowolnie swoje dane osobowe, to są one przetwarzane na podstawie mojej dobrowolnej zgody (na podstawie 6 ust. 1 lit. a RODO), którą w każdym czasie mogę wycofać.

Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo do:

1. żądania dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii,
2. sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne, a także prawo do ich usunięcia, z zastrzeżeniem, że administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.
3. żądania ograniczenia przetwarzania lub wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
4. przenoszenia danych,
5. wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (adres: ul. Stawki 2; 00-193 Warszawa),
6. cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych przed jej wycofaniem.

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis Kandydata do Projektu/Uczestnika]

*EFS - Europejski Fundusz Społeczny

*RODO - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).