



ZGODA NA ODWIEDZANIE LEKARZY/PERSONEL MEDYCZNY

Wyrażam zgodę na odwiedzanie lekarzy/personel medyczny w kierowanym przeze mnie podmiocie leczniczym przez przedstawiciela medycznego

.....
(imię i nazwisko, telefon kontaktowy)

prowadzącego promocję produktów leczniczych firmy

.....

Niniejsza zgoda może być w każdym czasie odwołana bez prawa roszczeń ze strony promujących produkty.

.....
(data i podpis osoby uprawnionej)

INFORMACJA DLA OÓSB WIZYTUJĄCYCH SZPITALW ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

W celu wypełnienia obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy w Chrzanowie (32-500 Chrzanów ul. Topolowa 16).
2. Szpital powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się na adres e-mail: iod@szpital-chrzanow.pl.
3. Administrator pozyskuje dane osobowe bezpośrednio od Pana / Pani. Przetwarzane dane obejmują imię i nazwisko oraz dane kontaktowe, nazwę firmy.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu udokumentowania zgody na wizyty przedstawiciela medycznego w naszej placówce.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do momentu wycofania zgody.
6. Okres przechowywania Pani/Pana danych osobowych może zostać wydłużony z uwagi na dochodzenie roszczeń lub toczące się postępowanie przed sądem.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą udostępniane osobom nieupoważnionym.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione jedynie organom uprawnionym na mocy przepisów prawa.
9. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
10. Posiada Pani/Pan również prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdyż Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych.