

UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZO-LECZNICZYCH

zawarta w dniu w, pomiędzy:

Fides Vita sp. z o.o. z siedzibą w Piekarach Śląskich przy ul. ks. Jana Ficka 1, 41-940 Piekary Śląskie, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001176133, NIP: 4980279561, REGON: 541857180, wysokość kapitału zakładowego: 100 000,00 zł, numer księgi rejestrowej Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą: 000000291562

reprezentowaną przez Przemysława Wronę – Prezesa Zarządu,

zwanym dalej „**Zakładem**”,

a

Panem/Panią, ur.,

PESEL,

zam.,

telefon:,

e-mail:,

zwanym dalej „**Pacjentem**”*,

*lub jego przedstawicielem ustawowym: Panem/ Panią,

zam.,

telefon:,

e-mail:,

zwanym dalej „**Przedstawicielem**”.

Mając na uwadze, że:

1. Pacjent złożył do Zakładu kompletną dokumentację wymaganą do przyjęcia, a określoną w Informacji dla Pacjenta ubiegającego się o przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo- Leczniczego,
2. Pacjent został umieszczony na liście oczekujących i uzyskał pozytywną kwalifikację medyczną do objęcia opieką długoterminową,
3. Pacjent został przyjęty do Zakładu w wyznaczonym terminie tj., po przeprowadzeniu badania lekarskiego i potwierdzeniu oceny stanu zdrowia w skali Barthel,

Strony zawierają niniejszą Umowę, określającą zasady pobytu Pacjenta w Zakładzie, zakres świadczeń oraz szczegółowe warunki odpłatności.

§ 1. Przedmiot umowy

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest świadczenie przez Zakład na rzecz Pacjenta usług opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjnych w warunkach stacjonarnych, w ramach opieki długoterminowej.
2. Świadczenia gwarantowane, o których mowa w ust. 1, obejmują:
 - a. świadczenia lekarza,
 - b. świadczenia pielęgniarki,
 - c. rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie, prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego,
 - d. świadczenia psychologa,
 - e. świadczenia logopedy
 - f. terapię zajęciową,
 - g. leczenie farmakologiczne,
 - h. leczenie dietetyczne,
 - i. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz
 - j. edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych,
 - k. badania diagnostyczne,
 - l. zabezpieczenie w leki i wyroby medyczne, zlecone przez lekarza,
3. Zakład realizuje świadczenia, o których mowa powyżej, z należytą starannością, przez personel posiadający wymagane kwalifikacje, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującymi przepisami prawa i regulaminami wewnętrznymi Zakładu.
4. Szczegółowy zakres świadczeń oraz sposób ich realizacji określa indywidualny plan opieki i leczenia opracowany dla Pacjenta po jego przyjęciu do Zakładu.

§ 2. Przyjęcie do Zakładu

Wskazane jest aby w dniu przyjęcia pacjent posiadał aktualne podstawowe wyniki badań: moczu, morfologii, OB, kreatyniny, poziomu cukru, przy odleżynach -wymaz, CRP, poziom albuminy/poziom białek, antygen HBS.

§ 3. Odpłatność

1. Świadczenia zdrowotne udzielane Pacjentowi finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Pacjent ponosi koszty zakwaterowania i wyżywienia zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Miesięczna opłata, o której mowa w ust. 2 wynosi równowartość 250% najniższej emerytury ogłaszanej zgodnie z przepisami ustawy o emeryturach i rentach z

- FUS, z zastrzeżeniem, że nie może przekroczyć 70% miesięcznego dochodu Pacjenta, ustalanego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (dalej: Opłata).
4. Opłata ustalana jest na podstawie ustalonego dochodu i każdorazowo aktualizowana w przypadku jakiegokolwiek zmiany wysokości dochodu Pacjenta i obowiązuje od daty wydania decyzji zmieniającej w jakikolwiek sposób wysokość dochodu Pacjenta.
 5. Przy ustalaniu dochodu Pacjenta uwzględnia się każdy dochód Pacjenta bez względu na jego źródło.
 6. Dokumentami stwierdzającymi wysokość dochodu Pacjenta niezbędnymi do ustalenia wysokości Opłaty są w szczególności:
 - a. decyzja organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; do decyzji można załączyć zgodę Pacjenta na potrącanie Opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ, lub
 - b. decyzja o przyznaniu zasiłku stałego; do decyzji można załączyć zgodę Pacjenta do odbioru tych należności przez Zakład.
 7. Wzór zgody Pacjenta o której mowa w ust. 6 powyżej, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.
 8. Pacjent może ustanowić pełnomocnika, który w jego imieniu będzie dokonywał Opłat za pobyt w Zakładzie. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 2 do Umowy.
 9. Pacjent zobowiązany jest do poinformowania Zakładu niezwłocznie o każdorazowej zmianie wysokości dochodu, która stanowi podstawę naliczenia Opłaty. Zakład ma prawo żądać od Pacjenta przedstawienia aktualnych dokumentów potwierdzających wysokość dochodu.
 10. W przypadku czasowej nieobecności Pacjenta w Zakładzie w trakcie jego pobytu w Zakładzie przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych, obliczając opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu Pacjenta poza Zakładem, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza Zakładem opłata wynosi 70% opłaty pobieranej za dni obecności w Zakładzie.
 11. W przypadku braku wyrażenia zgody Pacjenta na potrącanie Opłaty przez właściwy Organ i/lub zgody do odbioru tych należności przez Zakład, o których mowa w ust. 6 powyżej, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty Opłaty, do ostatniego dnia każdego miesiąca za dany miesiąc na rachunek bankowy Zakładu prowadzony przez Santander Bank Polska S.A. nr 65 1090 2011 0000 0001 0276 3060

§ 4. Czas trwania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na czas pobytu Pacjenta w Zakładzie.
2. Rozwiązanie w trybie natychmiastowym następuje:
 - a. na żądanie Pacjenta lub jego Przedstawiciela ustawowego,
 - a. w przypadku rażącego naruszenia Regulaminu Porządkowego Zakładu lub braku wniesienia wymaganych Opłat za dwa kolejne okresy rozliczeniowe, gdy

brak zapłaty leży z przyczyn leżących po stronie Pacjenta lub jego Przedstawiciela ustawowego.

- b. gdy dalsze udzielanie świadczeń nie jest medycznie uzasadnione, tj. stan zdrowia zgodnie z aktualną wiedzą medyczną uległ poprawie w tak istotnym stopniu, iż nie wymaga on dalszych, całodobowych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie,
 - c. przekroczenia przez Pacjenta 40 punktów wg skali Barthel, przy czym wypisanie Pacjenta z Zakładu następuje wówczas z ostatnim dniem kolejnego miesiąca kalendarzowego,
 - d. po upływie 15-dniowego okresu rezerwacji miejsca w Zakładzie, liczonym od dnia wypisu Pacjenta ze szpitala, o ile Pacjent nie zostanie ponownie przyjęty do Zakładu zgodnie z obowiązującymi procedurami.
2. Pacjent lub jego Przedstawiciel ponoszą koszty transportu Pacjenta po zakończeniu pobytu.
 3. W przypadku jakiegokolwiek zmiany warunków finansowania świadczeń przez NFZ lub braku podpisania przez Zakład umowy z NFZ, niniejsza umowa zostanie rozwiązana w trybie natychmiastowym. W takiej sytuacji, Zakład może zaproponować Pacjentowi lub jego Przedstawicielowi kontynuację pobytu w Zakładzie na zasadach pełnej odpłatności.

§ 5. Pobyt w szpitalu i przepustki

1. Zakład zapewnia transport sanitarny w dniu skierowania Pacjenta do szpitala lub na konsultacje.
2. W okresie pobytu Pacjenta w szpitalu, Zakład nie zapewnia lekarstw, środków pomocniczych i wyrobów medycznych.
3. W przypadku pobytu Pacjenta w szpitalu trwającego nie dłużej niż 15 dni, miejsce w Zakładzie zostaje zarezerwowane, a ponowne przyjęcie jest traktowane jako kontynuacja opieki bez konieczności składania nowego wniosku o przyjęcie.
4. Po upływie okresu 15 dni od dnia wypisu ze szpitala, rezerwacja miejsca wygasa, a dalszy pobyt pacjenta wymaga ponownego zgłoszenia i rozpatrzenia wniosku o przyjęcie.
5. Ponowne przyjęcie do Zakładu wymaga złożenia nowego skierowania lekarskiego oraz uzyskania potwierdzenia dostępności miejsca przez Zakład. Pacjent lub jego Przedstawiciel lub Opiekun zostanie niezwłocznie poinformowany o możliwości ponownego przyjęcia oraz terminie rozpoczęcia kontynuacji świadczenia.
6. W przypadku czasowej nieobecności Pacjenta w Zakładzie w trakcie jego pobytu w Zakładzie, obliczając Opłatę uwzględnia się liczbę dni pobytu Pacjenta poza Zakładem, przy czym opłatę oblicza się w ten sposób, że za dni pobytu poza Zakładem Opłata wynosi 70% Opłaty pobieranej za dni obecności w Zakładzie.

§ 6. Oświadczenia stron

1. Pacjent / Przedstawiciel oświadcza, że:
 - a. zapoznał się z Regulaminem Porządkowym Zakładu i akceptuje jego treść,
 - b. zapoznał się z zasadami odpłatności określonymi w niniejszej umowie,

- c. został poinformowany o zakresie świadczeń finansowanych przez NFZ.
2. Zakład oświadcza, że:
 - a. świadczy usługi zgodnie z przepisami prawa, kontraktem z NFZ i regulaminami wewnętrznymi Zakładu,
 - b. zapewnia dostęp do regulaminów i procedur obowiązujących w Zakładzie.

§ 7. Dane osobowe

1. Dane osobowe Pacjenta, a w przypadku gdy w imieniu Pacjenta działa Przedstawiciel, również dane Przedstawiciela, są przetwarzane przez Spółkę zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku 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), dalej zwanym również „RODO” oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.
2. Klauzula informacyjna dla Pacjenta stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy, Klauzula informacyjna dla Przedstawiciela stanowi załącznik nr 4 do niniejszej umowy.

§ 8. Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy o pomocy społecznej oraz inne przepisy prawa.
2. Wszelkie zmiany wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.
4. Spory wynikłe z niniejszej umowy będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Zakładu.
5. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

PACJENT/PRZEDSTAWICIEL

ZAKŁAD

Załączniki:

1. Wzór zgody Pacjenta na potrącenie Opłaty za pobyt w zakładzie opiekuńczym przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ.
2. Wzór pełnomocnictwa do dokonywania Opłat za pobyt w Zakładzie.
3. Klauzula informacyjna dla Pacjenta.
4. Klauzula informacyjna dla Przedstawiciela.

Załącznik nr 1 do Umowy do umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych

_____, dnia _____

Organ rentowy, emerytalno-rentowy

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Adres zamieszkania _____

Przedstawiciel ustawowy (jeśli dotyczy):

Imię i nazwisko _____

Adres zamieszkania _____

Zgoda na potrącanie opłaty za pobyt w ZOL

Niniejszym wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym w Piekarach Śląskich na rzecz spółki Fides Vita sp. z o.o. z siedzibą w Piekarach Śląskich przy ul. ks. Jana Ficka 1, 41-940 Piekary Śląskie, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001176133, NIP: 4980279561, REGON: 541857180 przez:

_____ *należy wskazać właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy*

z mojej renty/emerytury* w wysokości wskazanej w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

z renty/emerytury* _____ [imię nazwisko osoby reprezentowanej]
w wysokości wskazanej w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.***

.....
Podpis

*niepotrzebne skreślić

** wypełnia pacjent

*** wypełnia przedstawiciel ustawowy

Załącznik nr 2 do Umowy do umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych

_____, dnia _____

Imię i nazwisko _____

PESEL _____

Adres zamieszkania _____

(dalej: „**Mocodawca**”)

Pełnomocnictwo

Niniejszym upoważniam Panią/Pana _____,
PESEL....., adres zamieszkania

..... (dalej: „**Pełnomocnik**”)
do dokonywania w moim imieniu na rzecz Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Piekarach Śląskich (dalej: „**ZOL**”) prowadzonego przez spółkę Fides Vita sp. z o.o. z siedzibą w Piekarach Śląskich przy ul. ks. Jana Ficka 1, 41-940 Piekary Śląskie, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0001176133, NIP: 4980279561, REGON: 541857180 (dalej: „**Spółka**”) comiesięcznej opłaty za pobyt w ZOL.

Powyższe pełnomocnictwo upoważnia Pełnomocnika w szczególności do:

1. opłacania mojego pobytu w ZOL,
2. rozliczenia mojego pobytu w ZOL,
3. otrzymywania od Spółki informacji o ewentualnym zaleganiu z płatności za mój pobyt w ZOL, wezwań do zapłaty,
4. uzyskiwania informacji o stanie moich rozliczeń z tytułu pobytu w ZOL.

.....
podpis Mocodawcy

Klauzula informacyjna dla Pacjenta

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia od dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Fides Vita spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Piekarach Śląskich (41-940), ul. Ks. Jana Ficka 1, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0001176133, REGON: 541857180, NIP: 4980279561, kapitał zakładowy: 100.000,00 zł; tel. 32/287 23 39
(dalej: Administrator).
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych przez Administratora można kontaktować się z wykorzystaniem powyższych danych lub z wyznaczonym inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iod@zolpiekary.pl.
3. Pani/a dane będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych przez Administratora oraz w celu prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
4. Podstawą przetwarzania Pani/a danych osobowych jest:
 - a. art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy a także do podjęcia działań na żądania osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
 - b. art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - c. art. 6 ust. 1 lit. d RODO - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą;
 - d. art. 6 lit. f RODO - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią;
 - e. art. 9 ust. 2 lit. h RODO – w zakresie przetwarzania danych dotyczących zdrowia jako danych wrażliwych przetwarzanie danych jest niezbędne do diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego oraz leczenia;
5. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora to imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania oraz wskazane przez Panią/a dane kontaktowe, tj. adres e-mail i numer telefonu. Administrator może również przetwarzać inne dane osobowe, niezbędne do leczenia i opieki, w tym w szczególności dane dotyczące zdrowia.
6. Informacje dotyczące zdrowia są poufne i jest zapewniona ich staranna ochrona przed dostępem osób nieuprawnionych.

7. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
8. Odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty, które uprawnione są do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
9. Ponadto Pani/a dane mogą być udostępnione:
 - a. pracownikom Administratora posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych;
 - b. współpracownikom Administratora, dostawcom usług technicznych i organizacyjnych Administratora (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych), a także dostawcom usług prawnych i doradczych na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych;
10. Pani/a dane osobowe zawarte w dokumentacji medycznej będą przechowywane przez czas realizacji świadczeń oraz do czasu przedawnienia zobowiązań, wynikających z zawartej umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych, w tym zobowiązań podatkowych
oraz przez okres prowadzonych postępowań sądowych i administracyjnych, a następnie zgodnie z wymogami art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:
 - a. dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która będzie przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon,
 - b. dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która będzie przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu,
 - c. zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie,
 - d. skierowań na badania lub zleceń lekarza, które będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza, a przypadkach, gdy świadczenie nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie - przez okres 2 lat, chyba że pacjent odebrał skierowanie,
 - e. dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która będzie przechowywana przez okres 22 lat.
11. Posiada Pan/i prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
12. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie Pani/a danych do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Pani/a dane nie zostaną udostępnione do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

14. Pani/a dane nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Załącznik nr 4 do umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych

Klauzula informacyjna dla Przedstawiciela

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia od dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) „RODO”, informujemy, że:

1. Administratorem Pani/a danych osobowych jest Fides Vita spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Piekarach Śląskich (41-940), ul. Ks. Jana Ficka 1, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0001176133, REGON: 541857180, NIP: 4980279561, kapitał zakładowy: 100.000,00 zł; tel. 32/287 23 39
(dalej: Administrator).
2. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych przez Administratora można kontaktować się z wykorzystaniem powyższych danych lub z wyznaczonym inspektorem ochrony danych na adres e-mail: iod@zolpiekary.pl.
3. Pani/a dane będą przetwarzane w celu realizacji zawartej w imieniu Pacjenta Zakładu umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych i dokonania niezbędnych rozliczeń zgodnie z jej zawarciem oraz w celu prowadzenia dokumentacji medycznej na podstawie przepisów ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
4. Podstawą przetwarzania Pani/a danych osobowych jest:
 - a. art. 6 ust. 1 lit. b RODO - przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy a także do podjęcia działań na żądania osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
 - b. art. 6 ust. 1 lit. c RODO - przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
 - c. art. 6 ust. 1 lit. d RODO - przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów innej osoby fizycznej;
 - d. art. 6 lit. f RODO - przetwarzanie jest niezbędne do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora lub przez stronę trzecią.
5. Dane osobowe przetwarzane przez Administratora to imię, nazwisko oraz wskazane przez Panią/a dane kontaktowe, tj. adres zamieszkania, adres e-mail oraz numer telefonu. Administrator może również przetwarzać inne dane osobowe, niezbędne do

leczenia

i opieki Pacjenta w zakresie jakim jest to konieczne.

6. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością wykonania usługi medycznej.
7. Odbiorcami Pani/a danych osobowych mogą być wyłącznie podmioty, które uprawnione są do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.
8. Ponadto Pani/a dane mogą być udostępnione:
 - a. pracownikom Administratora posiadającym upoważnienie do przetwarzania danych osobowych;
 - b. współpracownikom Administratora, dostawcom usług technicznych i organizacyjnych Administratora (w szczególności dostawcom i podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych), a także dostawcom usług prawnych i doradczych na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych;
9. Okres przetwarzania Pani/a danych osobowych przez Administratora jest uzależniony od celu przetwarzania. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe przez czas realizacji umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych. Po zakończeniu obowiązywania umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych Pani/a dane osobowe będą przetwarzane do czasu przedawnienia zobowiązań, wynikających z zawartej umowy o świadczenie usług opiekuńczo-leczniczych, w tym zobowiązań podatkowych oraz przez okres prowadzonych postępowań sądowych i administracyjnych.
10. Posiada Pan/i prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, a także ich sprostowania (poprawiania). Przysługuje Pani/u także prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także sprzeciwu na przetwarzanie, przy czym przysługuje ono jedynie w sytuacji, jeżeli dalsze przetwarzanie nie jest niezbędne do wywiązania się przez Administratora z obowiązku prawnego i nie występują inne nadrzędne prawne podstawy przetwarzania.
11. Przysługuje Pani/u prawo wniesienia skargi na realizowane przez Administratora przetwarzanie Pani/a danych do organu nadzorczego - Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
12. Pani/a dane nie zostaną udostępnione do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.
13. Pani/a dane nie będą podlegały profilowaniu lub zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.