

**KLAUZULA INFORMACYJNA ORAZ OŚWIADCZENIA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 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 (RODO), informujemy, iż:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Gmina Kędzierzyn-Koźle, z siedzibą przy ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail: [prezydent@kedzierzynkozle.pl](mailto:prezydent@kedzierzynkozle.pl), tel. 77/40-50-338.

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych będzie się odbywać na podstawie art. 6 RODO lit. C, na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn.zm.), art. 114–117 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.)art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 11.09.2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2023 r . poz. 1608 z późn.zm.) oraz uchwały Nr LI/597/22 Rady Miasta Kędzierzyn-Koźle z dnia 27 października 2022 r. w sprawie przyjęcia Programu Ochrony Zdrowia na lata 2023–2025 i w celu realizacji programów profilaktycznych przeznaczonych dla mieszkańców Gminy Kędzierzyn-Koźle.

Sposoby kontaktu z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miasta Kędzierzyn-Koźle, to: adres korespondencyjny Inspektora Ochrony Danych Osobowych Urzędu Miasta Kędzierzyn-Koźle, adres e-mail: [inspektor@kedzierzynkozle.pl](mailto:inspektor@kedzierzynkozle.pl), tel. 77/40-50-346/.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wskazany w instrukcji kancelaryjnej przez okres 5 lat.

Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia, jak również prawo do ograniczenia ich przetwarzania/ prawo do cofnięcia zgody, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeśli Pani/Pana zdaniem, przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana - narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem udziału w badaniach profilaktycznych realizowanych przez Gminę Kędzierzyn-Koźle.

Brak podania danych osobowych będzie skutkował brakiem możliwości skorzystania ze badań profilaktycznych.

Informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: sądy lub organy ścigania).

Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko pacjenta</b>	<b>Aktualny adres zameldowania na terenie Kędzierzyna-Koźła</b>
	<b>Data urodzenia</b>	
	<b>Rodzaj świadczenia:</b>	<b>Rodzaj świadczenia:</b>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>
<b>Data</b>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>	<i>Podpis czytelny pacjenta (pacjentki)*</i>

**\*Podpis czytelny pacjenta (ki), rodzica lub prawnego opiekuna dziecka potwierdzający:**

- 1) zapoznanie się z klauzulą informacyjną oraz oświadczeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych
- 2) odbyty zabieg i wyrażenie zgody na wykonanie świadczenia,
- 3) zameldowanie na pobyt stały lub czasowy powyżej roku (na co najmniej 12 miesięcy przed wykonaniem zabiegu) na terenie Kędzierzyna-Koźła,
- 4) wyrażenie zgody na udostępnienie danych osobowych pacjenta(ki) Urzędowi Miasta w Kędzierzynie-Koźlu celem rozliczenia płatnej przez ten Urząd należności za przeprowadzony zabieg,
- 5) złożenie oświadczenia, że podane dane meldunkowe są zgodne z prawdą,
- 6) odbytą edukację zgodnie z programem stanowiącym załącznik do oferty,
- 7) Zostałam/em poinformowany, iż w przypadku podania danych niezgodnych ze stanem faktycznym zobowiązuje się do zwrócenia kosztów wykonanego badania.
- 8) wyrażenie zgodę na przetwarzanie podanych danych osobowych przez Urząd Miasta Kędzierzyn-Koźle, ul. Grzegorza Piramowicza 32, 47-200 Kędzierzyn-Koźle w celu rozliczenia badania profilaktycznego realizowanego przez Gminę Kędzierzyn-Koźle oraz zapoznanie się z klauzulą informacyjną.