

WNIOSEK O ZABEZPIECZENIE NAGRAŃ Z MONITORINGU

1. Dane wnioskodawcy (imię i nazwisko lub nazwa organu, adres do korespondencji, dane kontaktowe):

.....
.....
.....
.....

2. Data, przybliżony czas i miejsce zdarzenia:

.....
.....
.....
.....

3. Opis zdarzenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Cel wykorzystania nagrania:

.....
.....
.....
.....

.....
/data i czytelny podpis wnioskodawcy/

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 zwane dalej: RODO) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu (SP ZZOZ w Przasnyszu), adres siedziby: ul. Sadowa 9, 06 – 300 Przasnysz, tel. 29 753 43 00, fax 29 753 43 80, e-mail: sekretariat@szpitalprzasnysz.pl, NIP 7611333881, REGON 000302480, KRS 0000137844.
2. Administrator Danych Osobowych powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem e-mail: iod@szpitalprzasnysz.pl; poczty tradycyjnej pod adresem siedziby administratora danych lub telefonicznie pod numerem: 29 753 42 85.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, a podstawą prawną ich przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych, o której mowa w art.6 ust. 1 lit.a RODO.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie - z tym, że wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania na podstawie zgody przed jej wycofaniem. Cofnięcie zgody jest możliwe przez przesłanie wiadomości e-mail na adres: sekretariat@szpitalprzasnysz.pl
5. Przetwarzanie danych osobowych, o których mowa w pkt 3, odbywa się w celu realizacji Pani/Pana wniosku.
6. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie odrębnych przepisów prawa oraz pracownikom komórek organizacyjnych zaangażowanym w proces realizacji wniosku.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, który tworzą państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Lichtenstein.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów dotyczących archiwizowania i sposobu postępowania z dokumentacją.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo żądania od Administratora Danych Osobowych dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawo do przenoszenia danych.
10. Wobec Pani/Pana osoby nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez istotnego udziału człowieka), w tym Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu.
11. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie Pana/Pani danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Czy zgadza się Pani/Pan na przetwarzanie przez Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu Pani/Pana danych osobowych niezbędnych w celu realizacji tego wniosku?

TAK / NIE*

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

Decyzja Dyrektora Szpitala [ADO]:

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
(data i podpis Dyrektora)

***właściwe zaznaczyć**