\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 miejscowość i data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

adres zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL

(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon kontaktowy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail

**ZGODA PACJENTA NA OBJĘCIE OPIEKĄ ABONAMENTOWĄ**

Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w ramach umowy abonamentu medycznego zawartej ze spółką PZU Zdrowie S.A. na warunkach wskazanych w tej umowie, w tym na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej przez PZU Zdrowie S.A.

Jednocześnie wyrażam zgodę na pobieranie z mojego wynagrodzenia za pracę / wynagrodzenia z tytułu umowy cywilnoprawnej kwot opłat z tytułu abonamentu medycznego zawartego na moją rzecz i członków mojej rodziny oraz należnych składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatku dochodowego od osób fizycznych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Pacjenta[[1]](#footnote-1)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych medycznych przez PZU Zdrowie S.A. w celu realizacji umowy abonamentu medycznego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Pacjenta1

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie SA z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa, (dalej „**PZU Zdrowie**”). W PZU Zdrowie powołany jest inspektor ochrony danych (zwany także administratorem bezpieczeństwa informacji), do którego można kierować zapytania na adres: abizdrowie@pzu.pl.

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez PZU Zdrowie w celu udzielania świadczeń zdrowotnych. PZU Zdrowie przetwarza Państwa dane osobowe, w celu realizacji świadczenia, na podstawie ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 11 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy. Brak podania danych może skutkować nieudzieleniem świadczenia zdrowotnego.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 20 lat, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie (art. 29 ust. 1 pkt 1a, 2, 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.

1. Brak zgody uniemożliwia realizację świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentową. [↑](#footnote-ref-1)