

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych pensjonariuszki

Ja niżej podpisana (imię i nazwisko pensjonariuszki)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nazwisko rodowe, data i miejsce urodzenia, stan cywilny, numer PESEL, adres zameldowania i zamieszkania, imiona rodziców, seria i numer dowodu osobistego, NIP, narodowość, wyznanie, imię współmałżonka, wykształcenie, zawód, numer emerytury lub renty, dane zdrowotne, stan psychiczno-fizyczny, kopia dowodu osobistego, kopia odcinka emerytury lub renty, kopia legitymacji emeryta lub rencisty) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa**, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis pensjonariuszki/opiekuna*

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH PENSJONARIUSZKI

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

.....
Podpis pensjonariuszki/opiekuna*

*niepotrzebne skreślić

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych opiekuna

Ja niżej podpisana/y opiekun (imię i nazwisko).....

pensjonariuszki (imię i nazwisko).....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres zameldowania i zamieszkania, seria i numer dowodu osobistego lub paszportu, numer PESEL, pokrewieństwo lub podstawa prawna do opieki, numer telefonu kontaktowego, inne formy kontaktu, wykształcenie, zawód) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa**, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OPIEKUNA

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

.....
Podpis opiekuna

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osób do kontaktu/osoby odpowiedzialnej za pogrzeb *

Ja niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....

Stopień pokrewieństwa/rodzaj znajomości

Pensjonariuszki (imię i nazwisko).....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa/znajomość, adres, seria i numer dowodu osobistego, numer PESEL, numer telefonu kontaktowego) przez **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa**, w trybie art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. U. UE . L. 2016.119.1 z dnia 4 maja 2016r, zwanego dalej RODO.

.....
Data i podpis opiekuna wyrażającego zgodę

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH OPIEKUNA

1. Administratorem danych osobowych jest: **Zakład dla Chronicznie Chorych Kobiet ul. Żywiczna 40 03-179 Warszawa.**
2. Cel przetwarzania danych osobowych: **Realizacja zadań statutowych zakładu.**
3. Podstawa prawna do przetwarzania danych osobowych:
Rozporządzenie 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 (Dz. Urz. UE. L nr 119, str. 1).
4. Informujemy, że przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu i żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych, przy uwzględnieniu innych przepisów prawa.
5. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości korzystania z opieki ośrodka przez pensjonariuszki. Życzenia zmian mają mieć formę pisemną.
6. Dane osobowe będą przetwarzane i przechowywane w formie papierowej i elektronicznej. Okres przechowywania danych osobowych regulują inne przepisy prawa.
7. Informujemy, że przysługuje prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z przedłożoną wyżej klauzulą informacyjną.

*niepotrzebne skreślić

.....
Data i podpis osoby wyrażającej zgodę