Klauzula informacyjna dla Klienta Centrum Terapii „Dobre miejsce” ul. K. Wielkiego 67, 54-117 Wrocław

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest firma prowadząca Centrum Terapii *Dobre Miejsce*, *Vita Mente Kamila Balcerzak*. NIP 912 193 17 59; adres: K. Wielkiego 67, 54-117 Wrocław.
2. Kontakt z Administratorem danych osobowych: poradnia@miejsceterapii.pl; +48 884 662 747;
K. Wielkiego 67, 54-117 Wrocław
3. Podanie danych osobowych jest konieczne do skorzystania z usług oferowanych przez Centrum Terapii „Dobre miejsce”.
4. Mają Państwo prawo do dostępu w/w danych osobowych, sprostowania ich, wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania w/w danych osobowych.
5. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa UODO, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
6. Cel przetwarzania danych osobowych Klienta:
	1. Profilaktyki zdrowotnej – informowania pacjenta o możliwości udzielenia świadczenia (ustawa o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO);
	2. Diagnozy medycznej i leczenia – udzielania świadczeń zdrowotnych (ustawa o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO);
	3. Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej m.in. rejestracja klienta, przypomnienie o wizycie, odwołanie wizyty (ustawa o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta, art. 9 ust. 2 lit. h RODO);
	4. Realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora Danych Osobowych polegającego na ewentualnym ustaleniu lub dochodzenia roszczeń lub obronie przed roszczeniami (kodeks cywilny, art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
	5. Dane osobowe będą przetwarzane w celu potwierdzenia w/w czynności prawnych w imieniu dziecka/małoletniego podopiecznego (kodeks cywilny, art. 6 ust. 1 lit. c RODO).

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO.

Imię i nazwisko Klienta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontakt do Klienta: email lub adres korespondencji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 numer telefonu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 data i czytelny podpis

Klient korzysta z usług: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 imię i nazwisko specjalisty