

KOMPLET DOKUMENTÓW

1. Dokumenty 1-6 – wypełnia lekarz i pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego, Dokumenty 7-18 – wypełnia pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
2. Wszystkie dokumenty muszą być kompletne i czytelnie wypełnione (w skierowaniu do Zakładu powinna znajdować się wyraźna pieczętka jednostki kierującej z podaniem umowy z NFZ i kodów resortowych).
3. Wraz z wypełnionym kompletem dokumentów należy załączyć:
 - a. Ksero decyzji rentalno - emerytalnej z marca b/r oraz inne dokumenty poświadczające uzyskiwane dochody.
 - b. Ksero przyznanej grupy inwalidzkiej, jeśli chory taką posiada.
 - c. Ksero wydanego ubezwłasnowolnienia pacjenta - jeśli takie istnieje.
 - d. Wyniki badań laboratoryjnych wykonanych w okresie od 1-6 m-cy (morfologia, CRP, badanie ogólne moczu, jonogram, glukoza i kreatynina we krwi, HBS), wymaz z odleżyn (jeżeli występują), EKG oraz RTG klatki piersiowej wykonane w ostatnich 2 latach. Aktualne zdjęcie RTG płuc, jeżeli pacjent ma schorzenie płuc.
 - e. Ksero kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (jeżeli pacjent posiada).
 - f. Wyniki konsultacji specjalistycznych (np. psychiatryczne) – jeśli pacjent jest objęty leczeniem specjalistycznym.

Do wglądu:

- a. Dowód osobisty pacjenta oraz osoby umieszczającej.
- b. Legitymacja rencisty/ emeryta lub inny dokument poświadczający ubezpieczenie zdrowotne.

WNIOSEK

o wydanie skierowania do Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego

w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o.o.

ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście

DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby kierowanej do ZPO
lub jego przedstawiciela ustawowego*

* Niepotrzebne skreślić

SKIEROWANIE DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Niniejszym kieruję:

.....
Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

.....
Adres zamieszkania świadczeniobiorcy

.....
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....
Nr telefonu do kontaktu

.....
Numer PESEL świadczeniobiorcy, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy

.....
Rozpoznanie w języku polskim wg ICD-10 (choroba zasadnicza i choroby współistniejące)

Dotychczasowe leczenie

Potrzeba kontynuacji dotychczasowego leczenia - tak/ nie*

.....
Liczba punktów w skali Bartel, którą uzyskał świadczeniobiorca

Przypadek nagły, wynikający ze zdarzeń losowych i uzasadniony stanem zdrowia - tak/ nie**

.....
Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

.....
Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy (imię, nazwisko, nr telefonu do kontaktu)

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza ubezpieczenia zdrowotnego albo imię i nazwisko lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu, a także nazwa (firma) podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy lekarz ubezpieczenia zdrowotnego wykonuje zawód w tym podmiocie

* **jeżeli tak** - należy zamieścić informację o dotychczasowym leczeniu/ niepotrzebne skreślić

** **jeżeli tak** - należy zamieścić informację o nagłym przypadku/ niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć podmiotu leczniczego z:

- kodami resortowymi
- numerem umowy z NFZ

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI I ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

WYWIAD PIEŁĘGNIARSKI

1. Dane świadczeniobiorcy

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
Numer PESEL, a w przypadku jego braku – numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

2. Rozpoznanie problemów z zakresu pielęgnacji (zaznaczyć właściwe, ewentualnie opisać):

a) odżywianie

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

karmienie przez gastrostomię lub zgłębnik

karmienie pacjenta z zaburzonym połykaniem

zakładanie zgłębnika

inne niewymienione

b) higiena ciała

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

w przypadku pacjenta wentylowanego mechanicznie – toaleta jamy ustnej lub toaleta drzewa oskrzelowego oraz wymiany rurki tracheotomijnej

inne niewymienione

c) oddawanie moczu

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

cewnik

inne niewymienione

d) oddawanie stolca

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

Pielęgnacja stomii

wykonywanie lewatyw i irygacji.....

inne niewymienione.....

e) przemieszczanie Pacjenta

- samodzielny/przy pomocy/utrudnienia*

z zaawansowaną osteoporozą

którego stan zdrowia wymaga szczególnej ostrożności

inne niewymienione.....

f) rany przewlekłe

odleżyny.....

rany cukrzycowe

inne niewymienione.....

g) oddychanie wspomagane

h) wiadomość pacjenta: tak/nie/z przerwami*

i) nne.....

3. Liczba punktów uzyskanych w skali Bartel**

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć pielęgniarki albo imię i nazwisko pielęgniarki,
jej podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Na podstawie

.....

.....

.....

stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga/ nie wymaga* skierowania do Zakładu
Pielęgnacyjno – Opiekuńczego.

.....
miejsowość, data

.....
Podpis oraz pieczęć lekarza albo imię i nazwisko lekarza,
jego podpis oraz numer prawa wykonywania zawodu

* Niepotrzebne skreślić

** W przypadkach określonych w art. 25 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 2055 oraz z 2022 r. poz. 655) opinia konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886 oraz z 2022 r. poz. 974), zastępuje ocenę skalą Barthel.

KARTA OCENY ŚWIADCZENIOBIORCY KIEROWANEGO DO ZAKŁADU PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZEGO

Ocena pacjenta wg skali Barthel²

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

Adres zamieszkania

Numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

Lp.	Czynność ³	Wynik ⁴
1.	Spożywanie posiłków: 0 - nie jest w stanie samodzielnie jeść, 5 - potrzebuje pomocy w krojeniu, smarowaniu masłem itp. lub wymaga zmodyfikowanej diety, 10 - samodzielny, niezależny.	
2.	Przemieszczanie się (z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie): 0 - nie jest w stanie, nie zachowuje równowagi przy siedzeniu, 5 - większa pomoc fizyczna (jedna lub dwie osoby), 10 - mniejsza pomoc słowna lub fizyczna, 15 - samodzielny.	
3.	Utrzymanie higieny osobistej: 0 - potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych, 5 - niezależny przy myciu twarzy, czesaniu się, myciu zębów (z zapewnionymi pomocami).	
4.	Korzystanie z toalety (WC): 0 - zależny, 5 - potrzebuje pomocy, ale może coś zrobić sam, 10 - niezależny, zdejmowanie, zakładanie, ubieranie się, podcieranie się.	
5.	Mycie, kąpiel całego ciała: 0 - zależny, 5 - niezależny lub pod prysznicem.	
6.	Poruszanie się (po powierzchniach płaskich): 0 - nie porusza się lub < 50 m, 5 - niezależny na wózku; wliczając zakręty > 50 m, 10 - spaceruje z pomocą słowną lub fizyczną jednej osoby > 50 m, 15 - niezależny, ale może potrzebować pewnej pomocy, np. laski > 50 m.	
7.	Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 - nie jest w stanie, 5 - potrzebuje pomocy słownej, fizycznej; przenoszenie, 10 - samodzielny.	
8.	Ubieranie się i rozbieranie: 0 - zależny, 5 - potrzebuje pomocy, ale może wykonywać połowę czynności bez pomocy, 10 - niezależny w zapinaniu guzików, zamka, sznurowadeł itp.	

9.	Kontrolowanie stolca / zwieracza odbytu: 0 - nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje stolec.	
10.	Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowe 0 - nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany, 5 – czasami popuszcza (zdarzenia przypadkowe), 10 – panuje, utrzymuje mocz.	
Wynik kwalifikacji⁵		

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego albo pielęgniarki Zakładu
Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz jej podpis

Wynik oceny stanu zdrowia:

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/ nie¹** wymaga skierowania do zakładu opiekuńczego/ **dalszego** pobytu w zakładzie opiekuńczym¹

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

.....
Data, imię, nazwisko i numer prawa wykonywania zawodu lekarza
ubezpieczenia zdrowotnego albo lekarza Zakładu Pielęgnacyjno-
Opiekuńczego oraz jego podpis

- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Mahoney FI, Barthel D. „Badanie funkcjonalne: Wskaźnik Barthel”. Skala ta może być używana bez ograniczeń dla celów niekomercyjnych.
- 3) W lp. 1-10 należy wybrać i podkreślić jedną z możliwości najlepiej opisującą stan świadczeniobiorcy
- 4) Należy wpisać wartość punktową przypisaną wybranej możliwości
- 5) Należy wpisać uzyskaną sumę punktów

OCENA WG SKALI GLASGOW

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy

PESEL

Lp.	Nazwa czynności	Wartość punktowa
1.	Otwieranie oczu 4 - spontaniczne 3 - na polecenie 2 - na bodźce bólowe 1 - nie otwiera oczu	
2.	Kontakt słowny 5 - odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca, czasu własnej osoby 4 - odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany 3- odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk 2 - niezrozumiałe dźwięki, pojękiwanie 1 - bez reakcji	
3.	Reakcja ruchowa 6 - spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych 5- ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodziec bólowy 4 - reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego 3 - patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie (przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych) 2 - patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie (odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy) 1 - bez reakcji	
Wynik kwalifikacji		

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3-15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4+4/5+5/6).

Na podstawie skali Glasgow zaburzenia przytomności dzieli się na:

- GCS 13-15 – łagodne
- GCS 9-12 - umiarkowane
- GCS 6-8 – brak przytomności
- GCS 5 - odkorowanie
- GCS 4 - odmóżdzenie
- GCS 3 – śmierć mózgowa

.....
Data, podpis, pieczętka lekarza

KARTA KWALIFIKACJI DO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO LUB DOJELITOWEGO

1. Pacjent:

Imię, nazwisko..... PESELnr historii choroby.....

2. Ocena stanu odżywienia: SGA lub NRS 2002 (załączyć kartę oceny):

BMI =

% utraty masy ciała (w ostatnich 6 miesiącach):

stężenie białka we krwi.....g/l stężenie albumin we krwi.....g/l

3. Wskazania do leczenia żywieniowego:

przewidywany okres głodzenia okołoperacyjnego:dni

wskazania do leczenia żywieniowego:

- okres okołoperacyjny u noworodków i niemowląt wyniszczenie i niedożywienie u niemowląt i dzieci
- wyniszczenie (BMI<17 lub klasa C wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego niedożywienie (BMI 17-18 lub klasa B+D wg skali SGA) bez możliwości odżywiania doustnego > 7 dni
- BMI \geq 18 lub klasa A lub B wg skali SGA bez możliwości odżywiania doustnego >10 dni zwiększony katabolizm
- powikłania pooperacyjne bez możliwości skutecznego odżywiania doustnego
- reoperacja w okresie 30 dni po poprzedniej operacji
- niewydolność przewodu pokarmowego ostra lub przewlekła
- inne

4. Cel leczenia żywieniowego:

- utrzymanie stanu odżywienia
- poprawa stanu odżywienia
- leczenie choroby podstawowej lub jej powikłań

5. Droga podawania

skuteczne żywienie doustne: możliwe Tak Nie

skuteczne żywienie drogą przewodu pokarmowego: możliwe Tak Nie

Dostęp:

zgtębnik: nosowo –żołądkowy nosowo- dwunastniczy nosowo- jelitowy przezskórna endoskopowa gastrostomia (PEG) gastrostomia jejunostomia inna przetoka żyła centralna tunelizacja cewnik permanentny port żyły obwodowe typ cewnika, zgtębnika lub PEG:

1 Ocena ryzyka powikłań metabolicznych lub zespół ponownego odżywienia (re-feeding syndrome):

nie ma małe duże

2 Wynik leczenia: dobry zły

3 Posiew krwi

w przypadku żywienia drogą żyły głównej górnej: załączyć wynik posiewu krwi aspirowanej z cewnika i końca cewnika:

wynik obecny brak

.....

podpis i pieczęć lekarza leczącego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

- Objęty/a jestem ubezpieczeniem przez*:
 - Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
 - Inny oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
Podać nazwę oddziału NFZ

2. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY:

Nazwisko i imię	
Nazwisko rodowe	
Adres zamieszkania: ulica i nr domu	
Kod pocztowy, miejscowość	
PESEL	
Data i miejsce urodzenia	
Imiona rodziców	
Stan cywilny	
Dowód osobisty (seria, nr, data wydania)	
Dokumenty potwierdzające ubezpieczenie np. legitymacja emeryta/ rencisty, data wydania, organ wydający	
Kontakt z rodziną/ opiekunem prawnym (Imię i nazwisko, adres, telefon, adres e-mail, stopień pokrewieństwa)	
Obecnie przebywam	

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy lub jego
Przedstawiciela ustawowego*

- Wyrażam zgodę na mój pobyt i udzielanie wobec mnie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu.

.....
Data i podpis świadczeniobiorcy lub jego Przedstawiciela
ustawowego*

* Niepotrzebne skreślić

Klauzula Informacyjna RODO dla Pacjenta

Szanowni Państwo,

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 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 - dalej Rozporządzenie UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r, v ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest:

Centrum Medyczne FREGATA sp. z o. o z siedzibą przy ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście, wpisany do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem REGON: 812012078, NIP: 8551601917 (zwany dalej Zakładem), reprezentowany przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych:

W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@cmfregata.pl

Podstawa prawna przetwarzania danych wynika w szczególności z:

Administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 lit b) w celu realizacji umowy, art. 6 lit c) w celu wypełnienia obowiązku prawnego oraz art. 9 ust. 2 lit, h) RODO, tj. w celu zapewnienia opieki zdrowotnej, co w szczególności wynika z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; a także: ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry; ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej; ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych.

Cel zbierania danych oraz udostępnianie danych:

Administrator przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu realizacji zadań ustawowych i statutowych. Podstawowym celem Administratora jest ochrona zdrowia, świadczenie działań zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz świadczenie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub odrębnych przepisów regulujących zasady wykonywania świadczeń medycznych przy utrzymaniu i zapewnieniu bezpieczeństwa system teleinformatycznego, w którym przetwarzana jest dokumentacja medyczna.

Udostępnianie danych:

1. W celu prawidłowej realizacji usług medycznych świadczonych przez Administratora, dane osobowe Pacjentów mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne i inne na rzecz Administratora na podstawie zawartych umów powierzenia, a także innym podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.
2. Administrator może przekazać dane poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej tylko i wyłącznie w przypadku indywidualnej sprawy i na życzenie Pacjenta. Administrator informuje, że w tym celu zastosowane zostaną odpowiednie zabezpieczenia.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

Okres przechowywania danych; Zasady przechowywania dokumentacji medycznej określa art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Po upływie terminów dokumentacja zostaje zniszczona w sposób uniemożliwiający identyfikację Pacjenta. Prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania:

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, przy czym zapis ten dotyczy tylko danych osobowych, prawo Pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, jest odrębnym prawem (art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, oraz prawa dostępu do dokumentacji medycznej, o którym mowa w art. 23 ust, ww., ustawy),

Przysługuje Państwu prawo do sprostowania lub uzupełniania danych osobowych, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorującego: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, niezbędnym do realizacji ww. celów. Konsekwencją niepodania danych będzie odmowa udzielenia świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej.

Administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w tym profilowanie w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
miejscość, data

.....
podpis pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres

UPOWAŻNIENIE DO INFORMACJI

1. Upoważniam do uzyskania informacji o stanie zdrowia, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych i odbioru dokumentacji medycznej powstałej w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o.o.:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

2. Jestem świadomy, że zgodnie z przepisem art. 26 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna jest udostępniana osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Dokumentacja medyczna jest udostępniana także osobie bliskiej, chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia. Mając na uwadze powyższe:

- Upoważniam do uzyskiwania dokumentacji medycznej po mojej śmierci, oprócz osób wskazanych w pkt 1 dodatkowo następujące osoby:

.....

- Nie upoważniam dodatkowych osób (innych niż osoby wskazane w pkt 1) do uzyskania dokumentacji medycznej w przypadku mojej śmierci*.

Oświadczam, iż zostałam(-em) poinformowana(y) o możliwości przekazywania pieniędzy i rzeczy wartościowych do depozytu.

Przyjmuję do wiadomości, że CM FREGATA sp. z o.o. nie odpowiada za przedmioty wartościowe i pieniądze nie oddane do depozytu.

Dodatkowe oświadczenia**

.....
Podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do Zakładu lub jej ustawowego opiekuna

* zaznaczyć potrzebne

** jeżeli pacjent składa dodatkowe oświadczenia

....., dnia

Miejscowość

Oświadczenie

o przyjęciu zobowiązania do ponoszenia kosztów wyżywienia i zakwaterowania pacjenta Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Centrum Medycznego FREGATA sp. z o.o. w Świnoujściu

Działając w imieniu własnym,

imię i nazwisko

PESEL

.....
seria i numer dowodu osobistego

adres zamieszkania

oświadczam, że przyjmuję na siebie zobowiązanie do ponoszenia kosztów wyżywienia i zakwaterowania Pacjenta

imię i nazwisko pacjenta

PESEL Pacjenta

.....
seria i numer dowodu osobistego pacjenta

o których mowa w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹ (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561), w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Centrum Medycznego FREGATA w Świnoujściu sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu (dalej również: Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy), w przypadku, gdy koszty te nie będą pokrywane z emerytury/renty pacjenta lub z innego dochodu uzyskiwanego przez pacjenta.

Jednocześnie zobowiązuję się:

- 1) do dokonywania opłat z tytułu kosztów wyżywienia i zakwaterowania pacjenta, o których mowa powyżej, do **10-ego** dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego: **03 1240 3927 1111 0010 6516 3040**;
- 2) w przypadku zmiany formy płatności lub numeru rachunku bankowego Centrum Medycznego FREGATA sp. z o.o. do dokonywania opłat według formy lub na rachunek bankowy wskazany przez Centrum Medyczne;
- 3) do niezwłocznego informowania o każdorazowej zmianie wysokości dochodu pacjenta oraz doręczenia dokumentów stwierdzających wysokość dochodu pacjenta, zgodnie z § 8 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755).

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzeniem 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, jako prawnie uzasadniony interes Administratora. Celem przetwarzania jest zapewnienie ciągłości finansowania świadczonej opieki i dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z zobowiązaniami wynikającymi z niniejszego oświadczenia. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu złożenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą, z zastrzeżeniem konieczności przetwarzania danych do końca okresu niezbędnego do ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami².

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

1) Świadczeniobiorca przebywający w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym lub w zakładzie rehabilitacji leczniczej, który udziela świadczeń całodobowych, ponosi koszty wyżywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym, że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu świadczeniobiorcy w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (w art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych środkami z 2022 r. poz. 2561) publicznymi (tj. Dz. U. z 2022r. poz. 2561)

2) Szczegółowa klauzula przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej Fregaty: www.cmfregata.pl

Oświadczenie

dotyczące ponoszenia i sposobu rozliczenia kosztów prania rzeczy osobistych pacjenta
przebywającego w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z
o.o., ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście

Działając w imieniu własnym,
Imię i nazwisko

.....
PESEL Seria i numer dowodu osobistego

.....
Adres zamieszkania

oświadczam, że pranie odzieży osobistej **Pacjenta**

.....
Imię, nazwisko, PESEL pacjenta

1) przyjmuję na siebie zobowiązanie do prania rzeczy osobistych pacjenta, wobec czego zobowiązuję się do odbierania brudnych rzeczy osobistych pacjenta, w szczególności odzieży, bielizny, ręczników oraz dostarczenia czystych rzeczy osobistych co dwa dni, począwszy od pierwszego odbioru. Odbiór i dostarczenie rzeczy osobistych Pacjenta odbywa się w godzinach od 14:00 do 18:00 w dni od poniedziałku do niedzieli.

2) zamawiam odpłatną usługę prania rzeczy osobistych pacjenta, o których mowa powyżej, przez ZOD FREGATA sp. z o.o. i zobowiązuję się do dokonywania zryczałtowanej miesięcznej opłaty z tytułu prania w wysokości 200,00 zł netto/ **246,00 zł brutto** (dwieście 00/100 złotych netto/ dwieście **czterdzieści sześć 00/100 złotych brutto**) do **10-go** dnia każdego miesiąca na rachunek bankowy Centrum Medycznego FREGATA sp. z o.o.:

03 1240 3927 1111 0010 6516 3040

Jednocześnie oświadczam, że przy przyjęciu na siebie zobowiązania zgodnie z pkt 1, tj. prania rzeczy osobistych pacjenta we własnym zakresie, w przypadku nie rozpoczęcia lub zaprzestania wykonywania tego zobowiązania, usługa prania zostanie wykonana zastępczo przez Centrum Medyczne FREGATA sp. z o.o. i jednocześnie zobowiązuję się do uiszczenia wynagrodzenia za świadczoną usługę w wysokości wskazanej w pkt 2 powyżej. Zapłata nastąpi w terminie 7 dni od dnia doręczenia faktury, na adres wskazany powyżej.

Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzeniem 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, jako prawnie uzasadniony interes Administratora. Celem przetwarzania jest zapewnienie ciągłości finansowania świadczonych usług oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych ze zobowiązaniami wynikającymi z niniejszego oświadczenia. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu złożenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą, z zastrzeżeniem konieczności przetwarzania danych do końca okresu niezbędnego do ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami¹⁾.

.....
Świnoujście, dnia

.....
Podpis osoby składającej oświadczenie

1) Szczegółowa klauzula przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej Zakładu: www.cmfregata.pl

.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O ODBIORZE PACJENTA

.....
imię i nazwisko osoby odbierającej, stopień pokrewieństwa

.....
adres zamieszkania

.....
telefon kontaktowy

.....
adres e-mail

Niniejszym zobowiązuję się do odebrania Pacjenta

.....
imię i nazwisko Pacjenta

po zakończonym pobycie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o. o. przy ul. Bydgoskiej 14 w terminie wskazanym przez Zakład. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany/a o tym, że okres pobytu Pacjenta w Zakładzie jest uzależniony od uzyskanej przez Pacjenta ilości punktów w ocenie w ig skali Barthel oraz o tym, że jeżeli ta punktacja przekroczy 40 punktów pobyt Pacjenta przestaje być finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a Pacjent zostanie wypisany z Zakładu lub będzie ponosił koszty w/g aktualnego cennika na usługi komercyjne (dostępnego na stronie Zakładu: www.cmfregata.pl) naliczane za każdy dzień po dniu wypisu. W sytuacji, gdy Pacjent nie przekracza progu 40 punktów w skali Barthel, a jego dalsza opieka pielęgnacyjna i rehabilitacja nie rokują poprawy stanu zdrowia, i pacjent nie wymaga świadczeń zdrowotnych, Zakład zastrzega sobie prawo do wypisania Pacjenta.

Pani /Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzeniem 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, jako prawnie uzasadniony interes Administratora. Celem przetwarzania jest zapewnienie ciągłości finansowania świadczonych usług oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych ze zobowiązaniami wynikającymi z niniejszego oświadczenia. Dane osobowe przetwarzane będą do czasu złożenia sprzeciwu przez osobę, której dane dotyczą, z zastrzeżeniem konieczności przetwarzania danych do końca okresu niezbędnego do ustalenia i dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami¹.

.....
podpis osoby odbierającej

1) Szczegółowa klauzula przetwarzania danych osobowych dostępna jest na stronie internetowej Zakładu: www.cmfregata.pl

....., dniar.

Miejscowość

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
PESEL

.....
Adres, kod pocztowy

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym, działając w imieniu własnym zobowiązuję się ponosić odpłatność za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o.o. funkcjonującym zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 8 ust.1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie kierowania do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1755) tj. odpłatność w wysokości odpowiadającej kwocie 250% najniższej emerytury jednakże nie wyżej niż 70% miesięcznego dochodu w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.

Oświadczam, że uzyskuję miesięczny dochód z następujących tytułów*:

- renta w wysokościzł,
- emerytura w wysokości.....zł,
- wynagrodzenie o pracę w wysokości zł,
- zasiłek stały wyrównawczy w wysokościzł,
- renta socjalna w wysokościzł,
- najem/dzierżawa w wysokościzł,
- prawa autorskie i inne prawa, o których mowa w ustawie o prawie autorskim o prawach pokrewnych w wysokościzł,
- innezł.

W załączeniu jednocześnie przekazuję kopie dokumentów potwierdzających w/w okoliczności.

Ponadto oświadczam, że nie uzyskuję innych dochodów niż w/w, na które przedstawiłem/am dokumenty stwierdzające wysokość mojego dochodu, które w związku z tym stanowią podstawę do obliczenia opłaty za mój pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o.o.

Jednocześnie zobowiązuję się każdorazowo niezwłocznie informować Zakład o zmianie (zarówno obniżka jak i wzrost) wysokości uzyskiwanego przeze mnie dochodu.

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
podpis osoby składającej oświadczenie

* właściwe uzupełnić

....., dnia
miejsowość

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
adres zamieszkania

.....
PESEL

Oświadczenie

o przekazywaniu pozostałej części świadczenia emerytalnego/rentowego*

Ja, niżej podpisany(-a) oświadczam, że jestem pacjentem(-tką) Centrum Medycznego FREGATA sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu KRS 0000896149 NIP 8551601917 prowadzącego Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (w dalszej części pisma zwanego **Zakładem**).

Wyrażam zgodę na potrącanie opłat za pobyt w Zakładzie z moich świadczeń, określonych w Ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych/ Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego/ Wojskowe Biuro Emerytalne*, w kwocie odpowiadającej wysokości **70%** mojego dochodu, zgodnie z art.18 ust.1 Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Pozostałą część mojego świadczenia proszę przekazywać**:

1. na adres
2. na moje konto bankowe

.....
podpis pacjenta

*niepotrzebne skreślić

**wypełnić właściwie

.....
Miejscowość, data

Upoważnienie

Ja, niżej podpisana/y
Imię i nazwisko, PESEL

.....
Seria i Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Adres zamieszkania

upoważniam:

Centrum Medyczne FREGATA sp. z o.o., ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście do występowania w moim imieniu do instytucji/podmiotów, z których uzyskuję dochód, z wnioskiem o informację o uzyskiwanych przeze mnie dochodach i uwzględnianiu pozyskanych informacji przy ustalaniu odpłatności.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsze upoważnienie nie zwalnia mnie z obowiązku informowania CM FREGATA sp. z o.o. o każdej zmianie wysokości moich dochodów.

.....
Podpis osoby dającej upoważnienie

Świnoujście, dnia.....

.....
Imię i nazwisko pacjenta

.....
Adres zamieszkania

.....
Seria i nr dokumentu tożsamości

.....
PESEL

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na przekazywanie nadpłat, wynikających z mojego pobytu w Centrum Medycznym FREGATA Sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu (o ile takie powstaną):

przelewem bankowym na moje konto bankowe:

.....

przekazem pocztowym, po potrąceniu kosztów przesyłki na adres:

.....¹

Oświadczam także, że wyrażam zgodę na potrącanie zaległych opłat za mój pobyt w CM FREGATA Sp. z o.o. z siedzibą w Świnoujściu (o ile takie powstaną), z wyżej wymienionych nadpłat, a pozostałe środki proszę przekazywać we wskazany przeze mnie powyżej sposób.

.....
Podpis Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego

1) Proszę zaznaczyć jeden z wariantów

Załącznik nr 16 do Polityki Bezpieczeństwa Ochrony Danych Osobowych

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację mojego wizerunku (np. w formie fotografii, nagrania) utrwalonego podczas wydarzeń organizowanych w ramach Terapii Zajęciowej w Centrum Medycznym FREGATA sp. z o. o. w celu promowania Centrum Medycznego m.in. na stronie internetowej (www.cmfregata.pl), na portalach społecznościowych tj. Facebook (www.facebook.com/cmefregata), Instagram (www.instagram.com/fregata_swinoujscie/), na portalach informacyjnych oraz w publikacjach i folderach Centrum Medycznego FREGATA sp. z o. o. w celach promocyjnych, informacyjnych i kronikarskich.

Rozpowszechnianie wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem woli nie wiąże się z obowiązkiem zapłaty wynagrodzenia lub odszkodowania z tego tytułu na rzecz Oświadczonego ani jakiegokolwiek osoby trzeciej.

Świnoujście,

miejsce, data

Podpis pracownika/ pacjenta/opiekunów prawnych

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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 osobowych), niniejszym działając w imieniu Administratora danych osobowych, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/a danych osobowych jest **Centrum Medyczne FREGATA sp. z o. o.** z siedzibą przy ul. Bydgoskiej 14, 72-600 Świnoujście, wpisany do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem REGON: 812012078, NIP: 8551601917, reprezentowane przez Prezesa Zarządu,
- 2) W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/a danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@cmefregata.pl
- 3) Celem przetwarzania danych osobowych jest przekazywanie informacji na temat działalności Centrum Medycznego Fregata sp.z.o.o., tj. promocji, reklamy, a także w celach kronikarskich.
- 4) Przetwarzanie Pani/a danych osobowych odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą – art. 6 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 81 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych.
- 5) Pani/a dane osobowe mogą zostać przekazane pracownikom uprawnionym do tego na podstawie imiennych upoważnień a także podmiotom uprawnionym z mocy przepisów prawa. Odbiorcami danych osobowych będą również inni administratorzy danych, którzy otrzymają dane w związku z realizacją własnych celów takie jak media stosujące środki masowego przekazu o charakterze informacyjnym w tym media społecznościowe (Facebook, Instagram, lokalne portale informacyjne).
- 6) Dane osobowe nie są przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Wizerunek upubliczniony może być przekazywany do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej na podstawie wyrażonej zgody poprzez środki masowego przekazu w tym media społecznościowe.
- 7) Dane osobowe będą przechowywane do momentu wycofania zgody bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania, tj. dokonanego przed cofnięciem zgody.
- 8) Dane udostępnione przez Panią/a nie będą podlegały profilowaniu.
- 9) Ma Pan/i prawo do dostępu do treści swoich danych; prawo ich sprostowania lub uzupełnienia; prawo do ograniczenia przetwarzania; prawo do przenoszenia danych; prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie (w przypadku przetwarzania na podstawie zgody) - wycofanie zgody przysługuje Państwu w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem dotychczasowego przetwarzania, tj. dokonanego przed cofnięciem zgody; prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy przetwarzanie przez Administratora danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych.
- 10) Techniczne aspekty działania Internetu nie zapewniają 100% możliwości całkowitego usunięcia raz umieszczonych danych, które mogą zostać zarchiwizowane przez serwisy takie jak google.com czy web.archive.org.
- 11) Dane i wizerunek będą wykorzystywane tylko i wyłącznie w celu informacyjnym, promocji funkcjonowania Centrum Medycznego Fregata sp. z o. o., jednak placówka nie może kontrolować działań stron trzecich, które wejdą w posiadanie danych/wizerunku poprzez w/w opublikowane materiały.
- 12) Przetwarzanie danych osobowych na podstawie zgody jest dobrowolne. Brak zgody spowoduje niemożność zrealizowania zamierzonego celu, lecz nie wpłynie na realizację głównych zadań względem pacjenta, uczestnika warsztatów czy pracownika.

miejsce, data

Podpis pracownika/ pacjenta/opiekunów prawnych/uczestnik warsztatów

ZGODA MARKETINGOWA

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Centrum Medyczne FREGATA sp. z o.o. moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej oraz numeru telefonu w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących usług oferowanych przez CM FREGATA sp. z o. o. za pomocą środków komunikacji elektronicznej (poprzez maila oraz SMS).

Adres e-mail do korespondencji:

Nr telefonu:

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 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 – dalej Rozporządzenia UE), zwanego RODO oraz ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

Administratorem Danych Osobowych jest: Centrum Medyczne FREGATA sp. z o. o. z siedzibą przy ul. Bydgoska 14, 72-600 Świnoujście, wpisany do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem REGON: 812012078, NIF: 8551601917, reprezentowany przez Prezesa Zarządu.

Inspektor Danych Osobowych: W sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iodo@cmfregata.pl

Podstawa prawna i cele przetwarzania danych: Administrator będzie przetwarzał Państwu dane osobowe (imię, nazwisko, adres mailowy, numer telefonu) w oparciu o wyrażoną przez Panią/a dobrowolną zgodę na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO w celu przesyłania drogą elektroniczną na podany adres email oraz numer telefonu w tym w formie newslettera informacji dotyczących promocji zdrowia, najnowszych informacji o ofertach, pracach i kampaniach prowadzonych przez CM Fregata sp. z o.o., a także na podstawie art. 6 lit f) w celach dowodowych będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu administratora danych polegającego na zabezpieczeniu informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazanie faktów w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami,

Udostępnianie danych; Państwa dane osobowe mogą być przekazane upoważnionym pracownikom i współpracownikom, a także współpracującym z Administratorem podmiotom, w szczególności dostawcom systemów informatycznych i usług IT oraz dostawcom usług zaopatrującym Administratora w rozwiązania techniczne, informatyczne oraz organizacyjne, umożliwiające Administratorowi prowadzenie działalności, w tym serwisów i świadczonej za ich pośrednictwem usług elektronicznych (w szczególności dostawcom oprogramowania komputerowego do prowadzenia serwisów, dostawcom poczty elektronicznej i hostingu oraz dostawcom oprogramowania do zarządzania i udzielania pomocy technicznej Administratorowi). Dane osobowe mogą zostać również udostępnione podmiotom upoważnionym do tego na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Administrator nie będzie przekazywać Państwa danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

Dodatkowo informujemy, że:

Przetwarzanie danych osobowych automatycznie (w tym poprzez profilowanie): Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane w sposób zautomatyzowany (w tym w formie profilowania), ale w takim przypadku nie będzie to wywoływać wobec Państwa żadnych skutków prawnych lub w podobnym zakresie istotnie wpływać na Państwa sytuację.

Profilowanie danych osobowych przez Administratora polega na przetwarzaniu Państwa danych (również w sposób zautomatyzowany) do oceny niektórych informacji na Państwa temat, w tym analiz, statystyk lub prognozy zainteresowań oraz osobistych preferencji, a także w związku z prowadzoną przez nas działalnością przesyłania informacji i ofert marketingowych promujących zdrowie.

Okres przechowywania danych. W przypadku przetwarzania na podstawie udzielonej zgody, w tym w celach marketingowych, dane osobowe przetwarzane będą do czasu otrzymania informacji o wycofaniu zgody. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, dlatego można ją w każdym momencie wycofać i nie będzie to miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzanie, którego dokonano na jej podstawie przed wycofaniem lub przez okres, który jest niezbędny do ochrony interesów jako administratora danych.

Prawa przysługujące w związku z ochroną danych osobowych:

Przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych, żądania sprostowania danych,
- usunięcia danych lub ograniczenia ich przetwarzania, w przypadkach przewidzianych prawem,
- uzyskania kopii swoich danych, przeniesienia danych osobowych,
- wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie danych,
- wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych osobowych, w zakresie w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest nasz prawnie usprawiedliwiony interes, w tym ze względu na Państwa szczególną sytuację,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu. Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, gdy uznają Państwo, że podczas przetwarzania Państwa danych osobowych naruszyliśmy przepisy RODO.

W przypadku gdy macie Państwo zastrzeżenia co do sposobu, w jaki przetwarzamy Państwa dane, prosimy w pierwszej kolejności o kontakt z nami elektronicznie poprzez adres e-mail: iodo@cmfregata.pl lub pod adresem pocztowym naszej siedziby wskazanym powyżej.

Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych osobowych: Podanie danych osobowych jest dobrowolne i zależne od Państwa zgody, lecz jest niezbędne do otrzymywania drogą elektroniczną na podany adres email informacji dotyczących promocji zdrowia, w tym w formie newslettera. Mają Państwo prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania Państwa danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis osoby upoważnionej do informacji