

## RODO

Zgodnie z art. 7. ust. 2 i art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z kwietnia 27 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) (RODO) wyrażam świadomą i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Magdalena Jaromi-Góźdz Gabinet psychoterapeutyczny.

Zostałam poinformowana/ny, iż Administratorem moich danych osobowych jest Magdalena Jaromi-Góźdz Gabinet psychoterapeutyczny z siedzibą w Rzeszowie przy ul. Witolda 8E/5, 35-302 Rzeszów. Numer NIP 8151768660 oraz numer REGON 360362738 e-mail: magdalena.jaromi@gmail.com.

Z administratorem można się skontaktować pisemnie, za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Magdalena Jaromi-Góźdz Gabinet psychoterapeutyczny ul. Witolda 8E/5 35-302 Rzeszów lub drogą mailową magdalena.jaromi@gmail.com

Moje dane osobowe będą przetwarzane w szczególności w celu komunikacji, korzystania z usług psychoterapeutycznych Gabinetu psychoterapeutycznego i dla celów księgowych oraz za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji działalności Gabinetu Psychoterapeutycznego, a także na podstawie art. 23 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Odbiorcą moich danych osobowych mogą być podmioty wymienione w art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych. Dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania umowy, tj. świadczenia usług psychoterapeutycznych lub edukacyjnych. W przypadku braku podania danych, wykonanie umowy (realizowanie w/w usług) nie będzie możliwe lub będzie znacznie ograniczone. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi możliwość wycofania udzielonej zgody w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Poinformowano mnie również, że moje dane osobowe będą przechowywane przez okresy, o których mowa w art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przepisach ustaw szczególnych. Udzielono mi także informacji o dobrowolności podania wszelkich danych, prawie do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania, jak również o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj.: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

W przypadku imiennych faktur lub rachunków, dane udostępnione przez Panią/Pana będą przekazane i przetwarzane przez Administratora, tj. Magdalena Jaromi Gabinet psychoterapeutyczny, ul. Witolda 8E/5 35-302 Rzeszów.

Dane osobowe będą przechowywane przez cały okres trwania psychoterapii i przez okres 5 lat, licząc od momentu zakończenia kontaktu terapeutycznego lub do czasu wycofania zgody.

**Czytelny podpis pacjenta:.....**

### **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie:

- umożliwienia świadczenia usług psychologicznych, psychoterapeutycznych, szkoleniowych;
- obsługi zgłoszeń: telefonicznych, e-mail, przez formularz kontaktowy dostępny na stronie internetowej;
- kontaktowania się z Panem/Panią (telefonicznie lub e-mail), w celach związanych ze świadczeniem usług;
- windykacji należności, prowadzenie postępowań sądowych i mediacyjnych przez: Magdalena Jaromi Gabinet psychoterapeutyczny, ul. Witolda 8E/5 35-302 Rzeszów w celu świadczenia usług psychoterapeutycznych.

Informuję, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

### **PAŃSTWA DANE NIE BĘDĄ WYKORZYSTYWANE DO CELÓW TELEMARKETINGOWYCH**

Pacjent mający poniżej 16 roku życia\*\* - podpis składa tylko opiekun prawny.

Pacjent mający 16 lat\*\* - podpis składa jednocześnie pacjent + opiekun prawny.

Pacjent mający 18 lat\*\* - składa podpis osobiście.

**Czytelny podpis pacjenta\*\* .....**