

Klauzula informacyjna dla klientów instytucji (badania)

Zgodnie z art. 13 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 prawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, że:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Wolsztynie, ul. Drzymały 16, 64-200 Wolsztyn,

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Krystyna Wyrwa,

e-mail: iod.psse.wolsztyn@sanepid.gov.pl,

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zlecenia badania - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,

4) odbiorcami, do których mogą być przekazane Państwa dane osobowe, będą strony i uczestnicy postępowań lub organy właściwe do załatwienia spraw na mocy przepisów prawa, którym PSSE w Wolsztynie sprawy przekazał, w tym podmioty zaangażowane w wykonywanie badania. Odrębną kategorię odbiorców, którym mogą być ujawnione Państwa dane, są podmioty uprawnione do obsługi doręczeń oraz podmioty, z którymi PSSE w Wolsztynie zawarła umowę na świadczenie usług serwisowych dla użytkowników w Urzędzie systemów informatycznych,

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną,

6) posiada Pani/Pan prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,

8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak odmowa ich podania skutkować będzie niemożnością wykonania badania.

Jednocześnie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu wykonania badania.

Imię i nazwisko:.....

Tel.:.....

.....
Data i podpis