

OŚWIADCZENIE I ZGODA PACJENTA

dotycząca dostarczania dokumentacji medycznej drogą elektroniczną

1. Dane Pacjenta

- **Imię i nazwisko:**
- **Numer PESEL:**
- **Adres zamieszkania:**

2. Wskazanie adresu e-mail

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez **Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o.** kopii mojej dokumentacji medycznej oraz prowadzenie korespondencji w tym zakresie na poniższy adres e-mail:

UWAGA: Prosimy o wpisanie adresu e-mail DRUKOWANYMI LITERAMI, aby zapewnić poprawność doręczenia.

Adres e-mail: _____

3. Oświadczenia i zgody

1. **Świadomość ryzyka:** Oświadczam, że jestem świadomy/a ryzyka związanego z przesyłaniem danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, drogą elektroniczną (sieć Internet). Przyjmuję do wiadomości, że transmisja danych w ten sposób nie jest w pełni bezpieczna przed dostępem osób trzecich.
2. **Zasady bezpieczeństwa:** Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Placówki o każdorazowej zmianie wskazanego wyżej adresu e-mail.
3. **Ograniczenia techniczne i ryzyko niedostarczenia:** Przyjmuję do wiadomości i akceptuję fakt, że korespondencja może nie zostać dostarczona lub może zostać odrzucona przez serwer pocztowy z przyczyn technicznych leżących po stronie mojej skrzynki e-mail (m.in. **przekroczenie limitu wielkości załączników, brak wolnego miejsca na serwerze, działanie filtrów antyspamowych lub blokada określonych formatów plików**). W takich przypadkach Placówka nie ponosi odpowiedzialności za niedostarczenie wiadomości w terminie.
4. **Szyfrowanie:** Przyjmuję do wiadomości, że dokumentacja może zostać przesłana w formie zabezpieczonego pliku (np. archiwum ZIP lub dokument PDF chroniony hasłem), a hasło do otwarcia pliku zostanie przekazane
 - pod numer telefonu komórkowego: _____
5. **Dobrowolność:** Zgoda jest dobrowolna i może zostać wycofana w każdym czasie, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej wycofaniem.

4. Klauzula informacyjna (skrótowa)

Administratorem Państwa danych osobowych jest **Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Sp. z o. o.** Dane przetwarzane są w celu realizacji wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO. Pełna treść obowiązku informacyjnego dostępna jest w rejestracji oraz na stronie internetowej placówki.

Miejscowość i data: _____

Podpis Pacjenta (lub opiekuna prawnego): _____

Podpis i pieczętka pracownika szpitala przyjmującego oświadczenie: _____