



NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ - MUDr. JANA ZRŮBKOVÁ
PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

UDĚLENÍ VÝSLOVNÉHO SOUHLASU ZÁKONNÝM ZÁSTUPCEM SUBJEKTU ÚDAJŮ
poskytovateli zdravotních služeb – nestátnímu zdravotnickému zařízení

MUDr. Jana Zrůbková - praktický lékař pro děti a dorost, Mrázkova ul. 489, Soběslav PSČ 392 01, IČO: 46631852, číslo registrace TA 67/92 – vedeno Krajským úřadem pro Jihočeský kraj, pod spisovou značkou KUJCK 31370/2006 OSVZ

u d ě l u j i *

n e u d ě l u j i *

*) nehodící se škrtněte

ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „Nařízení“)

v ý s l o v n ý s o u h l a s

se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých, kterými jsou zejména identifikační údaje a údaje o zdravotním stavu nezletilého pacienta/pacientů :

- 1) Jméno a příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:
- 2) Jméno a příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:
- 3) Jméno a příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:
- 4) Jméno a příjmení:
Datum narození:
Adresa trvalého pobytu:

Zpracování osobních údajů výše uvedeného pacienta (pacientů) spočívá v zasílání (výměně) informací prostřednictvím e- mailové pošty. Pro tento způsob komunikace poskytují tuto e-mail adresu:

- 1)
- 2) (použit v případě změny)
- 3) (použit v případě změny)

Prohlašuji, že jsem si vědom/a skutečnosti, že se jedná o nezabezpečené spojení a nelze tak zajistit přiměřenou ochranu přepravovaných osobních údajů před jejich zcizením, pozměněním nebo jiným zneužitím. Dále prohlašuji, že jsem oprávněn/a takový souhlas udělit.



NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ - MUDr. JANA ZRŮBKOVÁ
PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST

Současně ve smyslu nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických Osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „Nařízení“)

u d ě l u j i *

n e u d ě l u j i *

*) nehodící se škrtněte

v ý s l o v n ý s o u h l a s se zpracováním osobních údajů, včetně citlivých, kterými jsou zejména identifikační údaje a údaje o zdravotním stavu nezletilého pacienta/pacientů, uvedených na str.1. tohoto dokumentu.

Zpracování osobních údajů výše uvedeného pacienta (pacientů) spočívá v zasílání (výměně) informací prostřednictvím telefonické komunikace (hovor, sms, včetně aplikací typu Messenger, WhatsApp apod). Pro tento způsob komunikace poskytují toto telefonní číslo:

- 1) mobilní telefon
- 2) pevná linka
- 3) mobilní telefon (použít v případě změny)
- 4) pevná linka (použít v případě změny)

Prohlašuji, že jsem si vědom/a skutečnosti, že se jedná o nezabezpečené spojení a nelze tak zajistit přiměřenou ochranu sdělovaných osobních údajů před jejich zcizením, pozměněním nebo jiným zneužitím. Dále prohlašuji, že jsem oprávněn/a takový souhlas udělit.

Současně potvrzuji, že jsem se seznámil/a se všemi svými právy garantovanými „Nařízením“ (GDPR) a plně porozuměl/a všem poučením ohledně udělování souhlasu se zpracováním osobních údajů.

Předmětný souhlas uděluji (v den podpisu) na dobu trvání zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením, specifikovaným na str.1. tohoto dokumentu.

Jsem si vědom/a, že výše uvedený souhlas se zpracováním osobních údajů mohu vzít kdykoliv zpět.

Udělení jednoho nebo obou souhlasů je dobrovolné, oba souhlasy považuji za informované, konkrétní a jednoznačné. .

Zákonný zástupce pacienta:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

V dne Podpis: