

Wniosek o dostęp do eRejestracji

Proszę o udostępnienie możliwości rejestracji drogą elektroniczną na wizyty do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przyjmujących w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Cekcynie.

Jednocześnie informuję, iż zapoznałam/em się z Regulaminem korzystania z eRejestracji (online) oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	
Adres e-mail (drukowane litery):	

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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), zwanego dalej RODO, informujemy, iż **dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu realizacji usługi Rejestracji zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz przepisami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.**

Administratorem danych osobowych podanych we wniosku jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Cekcynie (89-511) przy ul. Dworcowej 6, adres e-mail: spzoz@cekcyn.pl, numer telefonu 052 33 47 510, wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000002049, numer NIP: 561-13-26-271, REGON: 092352032, której akta rejestrowe przechowywane są w Sądzie Rejonowym w Bydgoszczy, w XIII Wydziale Gospodarczym Krajowego Rejestru Sądowego.

Adres e-mail inspektora ochrony danych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej to **iod.spzoz@cekcyn.pl**.

Mają Państwo prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia, prawo ograniczenia przetwarzania i prawo przenoszenia danych w sytuacjach przewidzianych przepisami RODO. Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Państwa dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

Pełna treść obowiązku informacyjnego jest dostępna na stronie www.cekcyn.pl oraz na tablicy informacyjnej placówki.

.....
Data i podpis wnioskodawcy

.....
Data i podpis osoby przyjmującej
zgłoszenie

.....
Data i podpis osoby przydzielającej
dostęp