



Kwestionariusz osobowy Pacjenta

.....
(imię i nazwisko pacjenta)

1. W imieniu własnym lub podopiecznego, jako Pacjent, potwierdzam prawdziwość danych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow i przyjmuję do wiadomości, że zostaną one wprowadzone przez Providera do Platformy APD Medical w celu wykonania Diagnostyki Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.
2. Przyjmuję również do wiadomości, iż:
 - 1) zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO), Administratorem danych osobowych Pacjenta jest APD Medical Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Nałęczowskiej 60 lok. 16;
 - 2) dane osobowe Pacjenta będą przetwarzane w celu wykonania Diagnostyki Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego na podstawie zgody Pacjenta, wyrażonej na kwestionariuszu osobowym pacjenta poniżej, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO;
 - 3) odbiorcami danych Pacjenta będą pracownicy i współpracownicy Administratora oraz podmioty, którym Administrator może powierzyć działania wynikające z realizacji celów wymienionych w pkt. 2, na podstawie umowy powierzenia przetwarzania, w szczególności Administrator powierza Providerowi zebranie danych Pacjenta i wprowadzenie ich na Platformę APD Medical;
 - 4) dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
 - 5) dane osobowe Pacjenta będą przechowywane do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie, w szczególności poprzez samodzielne usunięcie danych z Platformy APD Medical przy pomocy linku wysłanego po wprowadzeniu danych;
 - 6) mam prawo dostępu do treści podanych danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody na ich przetwarzanie; a ponadto prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
 - 7) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne w celu realizacji usług w ramach Platformy APD Medica, zatem konsekwencją niepodania danych będzie brak możliwości wykonania Diagnostyki Neuroflow ATS oraz przygotowania i przeprowadzenia programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego;

Załącznik nr 1 do Umowy

- 8) Administrator nie przetwarza danych osobowych w sposób zautomatyzowany, które prowadziłyby do podjęcia w ten sposób decyzji, w tym również nie dochodzi do ich profilowania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w Formularzu danych osobowych oraz w Kwestionariuszu Diagnostycznym Neuroflow w celu wykonania diagnozy Neuroflow ATS, mogącej posłużyć przygotowaniu zindywidualizowanego programu Sesji Treningowej według metody Neuroflow Aktywnego Treningu Słuchowego.

podpis

Pacjenta/rodzica/opiekuna