



Εγγραφο Ενημέρωσης και Συγκατάθεσης Ασθενούς προς Οδοντίατρο

Ο/ Η κάτωθι υπογράφων/ουσα παρέχω, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 7 και 9 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (Γ.Κ.Π.Δ. /Ε.Ε. 679/2016), την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και εν πλήρει επιγνώσει συγκατάθεση μου στον Οδοντίατρο με ΑΦΜ που εδρεύει στην στην οδό..... αριθμ. για τη συλλογή, επεξεργασία και αποθήκευση προσωπικών μου δεδομένων για την εξυπηρέτηση των επαγγελματικών σκοπών του Οδοντιατρείου, όπως αυτοί ορίζονται παρακάτω. Παράλληλα δηλώνω ότι έχω ενημερωθεί πλήρως σύμφωνα με το Τμήμα 2 του Κανονισμού 679/2016 «Ενημέρωση και πρόσβαση σε δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα», άρθρα 13.

1. Πληροφόρηση

Σας ενημερώνουμε ότι νομίμως η επιχείρηση συλλέγει και επεξεργάζεται προσωπικά δεδομένα με σκοπό την εκπλήρωση των αποκλειστικά επαγγελματικών της καθηκόντων και την εξυπηρέτηση των εννόμων συμφερόντων που σχετίζονται με αυτά, βάση του νέου Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (Άρθρο 6, ε & στ).

1.1 Οι Αρχές οι οποίες διέπουν και νομιμοποιούν κάθε επεξεργασία του Ιδρύματος, σύμφωνα με τη νομοθεσία είναι οι εξής: Νομιμότητα, αντικειμενικότητα και διαφάνεια, Περιορισμός του σκοπού, Ελαχιστοποίηση των δεδομένων, Ακρίβεια, Περιορισμός της περιόδου αποθήκευσης, Ακεραιότητα και εμπιστευτικότητα και Λογοδοσία.

1.2 Δικαιώματα Υποκειμένου (ασθενούς, εργαζομένου, συνεργατών)

Λαμβάνονται επίσης όλα τα απαραίτητα μέτρα για προστασία των προσωπικών δεδομένων, τη διασφάλιση του απορρήτου, του αδιάβλητου των διαδικασιών και το σεβασμό όλων των Δικαιωμάτων του Υποκειμένου που απορρέουν από την νομοθεσία: Δικαίωμα Πρόσβασης, Διόρθωσης, Εναντίωσης, Διαγραφής, Περιορισμού, Φορητότητας, Ανάκληση συγκατάθεσης, Εναντίωση στην Αυτοματοποιημένη λήψη αποφάσεων & Καταγγελίας. Η άσκηση των προαναφερθέντων δικαιωμάτων προϋποθέτει την υποβολή, χωρίς κόστος, έγγραφης αίτησης ή αποστολής ηλεκτρονικού μηνύματος στο (Στοιχεία επικοινωνίας Υπεύθυνου Επεξεργασίας). Σε περίπτωση άσκησης ενός εκ των προαναφερόμενων δικαιωμάτων, λαμβάνεται κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίησή του/τους εντός τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη λήψη της σχετικής αίτησης, ενημερώνοντας γραπτώς για την ικανοποίησή του, ή τους λόγους που εμποδίζουν την άσκηση.

Για οποιοδήποτε θέμα μπορώ να απευθυνθώ στον αρμόδιο Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του Συλλόγου, giaglarasg@gmail.com. Σε κάθε δε περίπτωση δικαιούμαι να απευθυνθώ στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είτε σε γραπτή μορφή (Κηφισιάς 1-3, Τ.Κ. 115-23) είτε ηλεκτρονικά (www.dpa.gr).

2. Συγκατάθεση

Έχω ενημερωθεί για τα πιο πάνω και δίνω την ελεύθερη, συγκεκριμένη, ρητή και εν πλήρει επιγνώσει συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων μου συμπληρωματικά για:

-Χρήση στοιχείων επικοινωνίας για ενημέρωση του ασθενούς

Υπογραφή: Ημερομηνία: __/__/____