

## FORMULARZ ZGODY

### na przetwarzanie danych osobowych

Jeden formularz = jeden dobrowolny cel | wersja 10.08.2026 r.

**Administrator:** Hospicjum im. św. Józefa. Zespół Opieki Paliatywnej w Raciborzu, ul. Hetmana Stanisława Żółkiewskiego 22, 47-400 Racibórz, KRS 0000002168, NIP 6391382284, REGON 273271931.

**IOD:** dr Elżbieta Kania, iod@hospicjumraciborz.pl | Kontakt z Administratorem: kontakt@hospicjumraciborz.pl, tel. +48 730 390 450

**WAŻNE:** formularza nie stosuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej, rozliczeń ani obowiązków prawnych. Odmowa podpisania nie wpływa na świadczenia ani prawa pacjenta.

#### 1. Osoba składająca oświadczenie

|                      |                                                                                                                          |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko      | wpisać czytelnie                                                                                                         |
| Sposób działania     | <input type="checkbox"/> we własnym imieniu <input type="checkbox"/> jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny       |
| Jeżeli reprezentacja | imię i nazwisko osoby, której dane dotyczą, oraz podstawa reprezentacji; nie wypełniać przy działaniu we własnym imieniu |

#### 2. Zakres zgody - wypełnić przed podpisaniem

|                                         |                                                                                                            |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jeden konkretny cel                     | nie łączyć kilku niezależnych celów                                                                        |
| Zakres danych                           | wymienić dokładnie dane; nie obejmować danych medycznych bez rzeczywistej potrzeby                         |
| Sposób wykorzystania, odbiorcy i kanały | opisać sposób użycia, kategorie odbiorców oraz konkretne kanały publikacji lub komunikacji, jeżeli dotyczy |
| Okres lub kryterium zakończenia         | np. do realizacji celu, do dnia ..... albo do wycofania - nie dłużej niż jest to niezbędne                 |

#### 3. Oświadczenia zgody

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** na przetwarzanie przez Administratora danych wskazanych w pkt 2 wyłącznie w określonym tam celu, zakresie, sposobie i okresie (art. 6 ust. 1 lit. a RODO).

☐ **JEŻELI ZAKRES Z PKT 2 OBEJMUJE SZCZEGÓLNE KATEGORIE DANYCH, W TYM DANE O ZDROWIU — ZAZNACZYĆ DODATKOWO:** wyraźnie wyrażam zgodę na ich przetwarzanie na zasadach opisanych w pkt 2 (art. 9 ust. 2 lit. a RODO). W takim przypadku należy zaznaczyć oba pola i parafować drugie. Parafa: .....

#### 4. Informacje przed podpisaniem

**Dobrowolność.** Zgoda jest dobrowolna. Jej odmowa lub wycofanie nie powoduje negatywnych konsekwencji dla świadczeń zdrowotnych, praw pacjenta ani obowiązków prawnych Hospicjum.

**Wycofanie.** Zgodę można wycofać w dowolnym momencie równie łatwo, jak ją wyrażono: e-mailem na iod@hospicjumraciborz.pl lub kontakt@hospicjumraciborz.pl, listownie na adres Administratora albo osobiście. Wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem wcześniejszego przetwarzania.

**Prawa.** Przysługuje prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia i przenoszenia - gdy spełnione są przesłanki RODO - oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa UODO.

Przed podpisaniem otrzymałem/am klauzulę informacyjną dotyczącą celu wskazanego w pkt 2. Nazwa lub wersja klauzuli:

|                    |                                                                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Miejscowość i data | Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie<br><i>osoby, której dane dotyczą, albo przedstawiciela ustawowego / opiekuna prawnego</i> |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Podpis potwierdza wyłącznie zaznaczone oświadczenia.** Jeden formularz dotyczy jednego celu. Publikacja wizerunku co do zasady wymaga odrębnego zezwolenia, a marketing bezpośredni przez e-mail, SMS lub telefon — uprzedniej zgody na dany kanał.