Miejscowość………………………., dnia…………………….

……………………………………………………………….

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

……………………………………………………………….

………………………………………………………………

(adres wnioskodawcy)

# **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach im. sierż. Grzegorza Załogi**

# ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice

**WNIOSEK O ZAPEWNIENIE DOSTĘPNOŚCI**

Na podstawie art. 30 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2020 r. poz. 1062 ze zmianami) jako:

* osoba ze szczególnymi potrzebami,
* przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami \*,

**wnoszę o zapewnienie dostępności** **w zakresie:**

* dostępności architektonicznej,
* dostępności informacyjno-komunikacyjnej\*,

\*właściwe podkreślić

**w obiekcie:**

* Szpital w Katowicach (Budynek A) - ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice,
* Szpital w Katowicach (Budynek B) - ul. Bartosza Głowackiego 10, 40-052 Katowice,
* Przychodnia w Katowicach (Budynek C) - ul. Jana Kilińskiego 23, 40-052 Katowice,
* Administracja (Budynek D) - ul. Jana Kilińskiego 42, 40-052 Katowice,
* Przychodnia w Częstochowie - ul. Mikołaja Kopernika 38, 42-200 Częstochowa,
* Przychodnia w Bielsku-Białej - ul. bp. Ignacego Krasickiego 12a, 43-300 Bielsko-Biała\*,

\*właściwe podkreślić

**Wskazuję barierę utrudniającą lub uniemożliwiającą zapewnienie dostępności wraz z uzasadnieniem):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

**Cel wizyty**:

……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

Proszę skontaktować się ze mną w następujący sposób:

1. Telefonicznie: …………….………………………….…………………..…
2. Adres pocztowy: ...………….………………………………..……….…..…
3. Adres email: …………….……………………………………………..…
4. Inna forma (jaka?): ..…………..……………………………………….…….…

……………………………………………………………

Data i podpis wnioskodawcy

# Klauzula informacyjna dla pacjentów

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i  Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1), zwanym dalej „Rozporządzeniem” informuje, iż Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **SP ZOZ MSWiA im. Sierż. Grzegorza Załogi w Katowicach, ul. Bartosza Głowackiego 10 40-052 Katowice, NIP 6342309181, Regon 271241038**.
2. Administrator w celu należytej ochrony danych osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować pod adresem e-mail: [**iodo**](mailto:iod@bonifratrzy.lodz.pl)**@zozmswia.katowice.pl**
3. Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w następujących celach:

* profilaktyki zdrowotnej, medycyny pracy, w tym oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej i leczenia, zapewnienia opieki zdrowotnej oraz zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej, zapewnienia zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) RODO;
* prowadzenia depozytu, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;
* udostępnienia dokumentacji medycznej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, na podstawie art. 9 ust. 1 lit. h) RODO;
* wystawiania dokumentów księgowych i prowadzenia sprawozdawczości finansowej, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;
* rozliczeń finansowych świadczeń udzielonych pacjentom, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) RODO;
* realizacji badań klinicznych na podstawie dobrowolnej zgody – art. 9 ust. 2 lit. a) RODO;
* rozpatrzenia skarg i wniosków, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

1. Przetwarzanie danych wynika w szczególności z:

* Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
* Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
* Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
* Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia,
* Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
* Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
* Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2009 r. w sprawie prowadzenia depozytu w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej.

1. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą:

* podmioty, którym Administrator ma obowiązek przekazać dane – na gruncie obowiązujących przepisów prawa w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań;
* inne podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w celach związanych z ochroną stanu zdrowia i świadczeniem usług medycznych – w zakresie niezbędnym do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
* podmioty zewnętrzne dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Administratora, podmioty świadczące usługi transportu sanitarnego pacjentów, podmioty wykonujące badania z  zakresu diagnostyki laboratoryjnej, podmioty świadczące inne usługi związane z  bieżącą działalnością Administratora – na mocy stosownych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz przy zapewnieniu stosowania przez ww. podmioty adekwatnych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę danych;
* osobom upoważnionym przez pacjenta lub Jego przedstawicielom ustawowym – w celu udostępnienia dokumentacji medycznej, odbioru depozytu pacjenta.

1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez okres wynikający z obowiązujących przepisów prawa. W przypadku wyrażenia zgody – do czasu realizacji celu, dla którego zostały zebrane, a następnie przez okres niezbędny do zabezpieczenia ewentualnych roszczeń związanych z przetwarzaniem danych lub do momentu wycofania wyrażonej zgody.
2. Posiada Pani/Pan prawo do:

* dostępu do treści swoich danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych;
* wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza przepisy;
* w przypadku, gdy dane są przetwarzane na podstawie zgody, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie, przy czym cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

W celu realizacji ww. praw prosimy o kontakt z Inspektorem Ochrony Danych pod wskazanym powyżej adresem e-mail.

1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe w zakresie, w jakim wynika z obowiązujących przepisów prawa, w pozostałym zakresie dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celu, dla którego zostały pobrane.