

## PROPONOWANY WZÓR FORMULARZA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

## I. Dane Zleceniodawcy (podmiot finansujący lub współfinansujący usługi medyczne)

## II. Dane osób zgłaszanych do opieki w ramach indywidualnego pakietu usług medycznych finansowanych lub współfinansowanych przez Zleceniodawcę:

	Imię i nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Adres zamieszkania	Numer telefonu	Adres e-mail	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA
PRACOWNIK/ WSPÓLPRACOWNIK ZLECENIODAWCY							
INNA OSOBA							

<input type="checkbox"/>	<b>[Basic]</b> indywidualny (pracownik) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Basic]</b> partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Basic]</b> rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>

<input type="checkbox"/>	<b>[Standard]</b> indywidualny (pracownik) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Standard]</b> partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Standard]</b> rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>

<input type="checkbox"/>	<b>[Optimum]</b> indywidualny (pracownik) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Optimum]</b> partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>
<input type="checkbox"/>	<b>[Optimum]</b> rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) <i>opłata/mies.</i> ..... <b>PLN*</b>

\* Opłata może ulec zmianie wg wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanego przez GUS w MP.

## OŚWIADCZENIE NR 1 DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:

- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Centrum Medycznemu ENEL-MED Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, (dalej jako **ADO**);
- 2) ADO umożliwia kontakt za pomocą e-maila: [enel@enel.pl](mailto:enel@enel.pl), za pomocą telefonu: (+48) 22 431 77 01/02, drogą pocztową: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa;
- 3) ADO powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogę skontaktować się za pomocą e-maila: [iod@enel.pl](mailto:iod@enel.pl), za pomocą telefonu: (+48) 22 230 70 55, drogą pocztową: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa;
- 4) dane osobowe w postaci: *imię i nazwisko, PESEL (jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), data urodzenia, adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu), numer telefonu, adres e-mail* będą zebrane i przekazane ADO przez Zleceniodawcę;
- 5) moje dane osobowe będą przetwarzane przez ADO w następujących celach i w oparciu o następujące podstawy prawne:

Cel przetwarzania danych	Podstawa prawna przetwarzania danych
Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej	art. 9 ust. 2 lit h RODO <sup>1</sup> w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie procesem udzielania świadczeń	art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, np. wystawianie zaświadczeń lekarskich lub zwolnień	art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO <sup>2</sup>	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

<sup>1</sup> Rozporządzenie 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

<sup>2</sup> Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy”

Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO <sup>3</sup>	art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, <u>co stanowi prawnie uzasadniony interes przetwarzania danych przez ADO</u>	art. 6 ust. 1 lit. f RODO
Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy o rachunkowości

6) podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem ustawowym (wynika z przepisów prawa) i jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych; odmowa podania danych uniemożliwi udzielenie świadczeń zdrowotnych przez ADO.

7) Moje dane osobowe będą ujawniane:

- a) pracownikom/współpracownikom ADO upoważnionym do ich przetwarzania na polecenie ADO;
- b) innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych;
- c) podmiotom, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych, w tym:
  - dostawcom usług technicznych i organizacyjnych umożliwiającym udzielania przez ADO świadczeń zdrowotnych (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu medycznego);
  - dostawcom usług prawnych i doradczych w przypadku dochodzenia przez ADO roszczeń związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą;
  - zleceniodawcom, z którymi ADO zawarł umowy na świadczenie usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”<sup>4</sup>

z zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych.

8) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (do krajów innych niż kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein)

<sup>3</sup> Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”

<sup>4</sup> Dotyczy tylko osób korzystających z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”.

9) Moje dane będą przechowywane przez ADO przez następujący okres:

<b>Cel przetwarzania danych</b>	<b>Okres przechowywania danych</b>
Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie procesem udzielania świadczeń Zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, np. wystawianie zaświadczeń lekarskich lub zwolnień	Okres przechowywania dokumentacji medycznej wynikający z przepisów prawa
Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO <sup>5</sup>	Okres objęcia „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług zawartej przez ADO ze Zleceniodawcą
Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO <sup>6</sup>	Okres objęcia „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług zawartej przez ADO ze Zleceniodawcą
Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej	Okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów prawa
Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej	Okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa

- 10) Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz ich sprostowania, gdy są one nieprawidłowe;
- 11) W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje mi prawo do żądania usunięcia danych, żądania ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- 12) Wobec mojej osoby nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez udziału człowieka), w tym moje dane nie będą podlegały profilowaniu;
- 13) Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku gdy przy przetwarzaniu moich danych osobowych ADO narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Przyjmuje do wiadomości również, że:

---

<sup>5</sup> Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy”

<sup>6</sup> Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”

1. Z przyczyn związanych z moją szczególną sytuacją przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych, w tym profilowania w przypadku gdy podstawą przetwarzania danych przez ADO jest:
  - 1) niezbędność przetwarzania do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych (art. 6 ust. 1 lit. e RODO)
  - 2) uzasadniony interes prawny ADO (art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
2. Przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych przez ADO w celach marketingu bezpośredniego, w tym profilowania.

.....  
Data i czytelny podpis<sup>7</sup>

.....  
Data i czytelny podpis

.....  
Data i czytelny podpis

.....  
Data i czytelny podpis

---

<sup>7</sup> Oświadczenie podpisują wszystkie osoby zgłoszone do opieki zdrowotnej działający we własnym imieniu. Oświadczenie składane przez przedstawiciela ustawowego w imieniu zgłoszonego dziecka stanowi oświadczenie nr 2.

## OŚWIADCZENIE NR 2 – OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Działając jako przedstawiciel ustawowy mojego dziecka .....,  
*imię i nazwisko*

niniejszym przyjmuję do wiadomości, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu nr 1 – oświadczenie dotyczące danych osobowych, z którymi się zapoznałem(am) i które są mi znane mają zastosowanie również do danych osobowych mojego dziecka.

.....  
Data i podpis przedstawiciela ustawowego