**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II z siedzibą w Trzciance przy ul. Sikorskiego 9, który reprezentuje Dyrektor. Kontakt z administratorem dostępny jest pod numerem telefonu 67 352 31 00 lub pod adresem poczty elektronicznej: kancelaria@szpital-trzcianka.pl

2) Administrator powołał również Inspektora Ochrony Danych, którym jest Marek Saj. Kontakt z Inspektorem pod adresem e-mail kancelaria@szpital-trzcianka.pl

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w związku z wyrażoną, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., zgodą na przetwarzanie przez Administratora danych osobowych a także ich przekazanie do podmiotów i instytucji realizujących lub organizujących proces szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. W momencie udziału w programie szczepień przeciwko COVID-19 dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą podmioty realizujące lub organizujące proces szczepień przeciwko COVID-19 m.in. Ministerstwo Zdrowia, Centrum E- Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz inne podmioty upoważnione na mocy prawa oraz wspomagające Administratora, takie jak firmy informatyczne, archiwizacyjne lub pocztowe i kurierskie

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą w okresie niezbędnym do realizacji celów przetwarzania tj. do czasu zakończenia procesu szczepień ochronnych oraz w okresie wynikającym z terminów związanych z archiwizacją wytworzonej w trakcie szczepień dokumentacji medycznej.

6) posiada Pani/ Pan prawo do: żądania od administratorów dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania

7) istnieje możliwość wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych.

 ………………………………………….

*(data i czytelny podpis)*