

Pacient

Souhlas s poskytnutím a zpracováním osobních údajů

Dobrovolně uděluji informovaný souhlas s poskytnutím, zpracováním, uchováním, nakládáním a se správou osobních údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, a to v rozsahu údajů obsažených v tomto formuláři, tj. zejména jméno, příjmení, e-mailová adresa a telefonní číslo, správci - společnosti společnosti eMEDIC Development, s.r.o., IČ: 087 92 852, se sídlem Praha 1 - Staré Město, Rybná 716/24, PSČ: 110 000, (dále jako „zpracovatel“).

Svůj informovaný souhlas poskytuji výhradně pro účely před-registrace uživatelského účtu aplikace Doktor Do Kapsy a za účelem elektronické komunikaci či ověření totožnosti dobrovolně vyplněním formuláře registrovaného uživatele, tj. poskytování informací elektronickoupoštou či telefonicky, zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, v platném znění. Zpracovatel není oprávněn poskytnout dotčené údaje třetí osobě, a to s výjimkou zákonem stanovených důvodů jako je např. Policie ČR, orgány státní správy apod.

Osobní údaje bude správce zpracovávat manuálně i automaticky.

Beru tímto výslovně na vědomí, že správce je na moji žádost povinen poskytnout informaci o způsobu a rozsahu zpracování mých osobních údajů, o jeho účelu, o osobních údajích, které jsou předmětem zpracování, včetně informací o jejich zdroji, povaze případného automatizovaného zpracování a o příjemcích osobních údajů, tedy o těch, komu byly mé osobní údaje zpřístupněny.

Dále výslovně beru na vědomí, že mám právo požadovat po správci zrušení před-registrace a s tím spojenou likvidaci osobních údajů a dále v odůvodněných případech také blokaci údajů, opravu či úpravu údajů, doplnění nebo likvidaci osobních údajů.

Svůj souhlas poskytuji dobrovolně a beru na vědomí, že mám právo jej kdykoliv odvolat. Tento souhlas uděluji na dobu 60 dnů od jeho udělení, uplynutím lhůty souhlas zaniká a zpracovatel osobní údaje zlikviduje.

Lékař

Souhlas s poskytnutím a zpracováním osobních údajů

Udělují tímto dobrovolně svůj souhlas s poskytnutím a zpracováním osobních údajů v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, a to v rozsahu údajů obsažených v tomto formuláři, tj. zejména:

- jméno a příjmení
- dosažený akademický titul
- evidenční číslo lékaře
- kategorie odbornosti
- e-mailová adresa
- telefonní číslo

správci - společnosti eMEDIC Development, s.r.o., IČ: 087 92 852, se sídlem Praha 1 - Staré Město, Rybná 716/24, PSČ: 110 000, (dále jako „zpracovatel“).

Svůj informovaný souhlas poskytují výhradně pro účely před-registrace a následné registrace uživatelského účtu aplikace Doktor Do Kapsy, dále zejména za účelem ověření poskytnutých údajů o odborné způsobilosti lékaře a k ověření způsobilosti lékaře k poskytování zdravotních služeb ve smyslu zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a za účelem elektronické komunikaci či ověření totožnosti dobrovolně vyplněním formuláře registrovaného uživatele, tj. poskytování informací elektronickoupoštou či telefonicky, zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, v platném znění. Zpracovatel není oprávněn poskytnout dotčené údaje třetí osobě, a to s výjimkou zákonem stanovených důvodů jako je např. Policie ČR, orgány státní správy apod.

Osobní údaje bude správce zpracovávat manuálně i automaticky.

Beru tímto výslovně na vědomí, že správce je na moji žádost povinen poskytnout informaci o způsobu a rozsahu zpracování mých osobních údajů, o jeho účelu, o osobních údajích, které jsou předmětem zpracování, včetně informací o jejich zdroji, povaze případného automatizovaného zpracování a o příjemcích osobních údajů, tedy o těch, komu byly mé osobní údaje zpřístupněny.

Dále výslovně beru na vědomí, že mám právo požadovat po správci zrušení před-registrace a s tím spojenou likvidaci osobních údajů a dále v odůvodněných případech také blokaci údajů, opravu či úpravu údajů, doplnění nebo likvidaci osobních údajů.

Svůj souhlas poskytuji dobrovolně a беру na vědomí, že mám právo jej kdykoliv odvolat. Tento souhlas uděluji na dobu 60 dnů od jeho udělení, uplynutím lhůty souhlas zaniká, prodloužení účinnosti souhlasu je možné úkonem lékaře, jinak zpracovatel osobní údaje zlikviduje.