

KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**1. Przetwarzanie danych osobowych****1) Informacja dotycząca administratora danych osobowych:**

Administratorem danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie. Mogą się Państwo kontaktować z nami w następujący sposób:

- a. listownie na adres: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 28, 23-100 Bychawa,
- b. Poprzez e-mail: spzoz@spzoz.bychawa.pl lub iod@spzoz.bychawa.pl
- c. Telefonicznie: (81) 566 94 41, fax(81) 566 94 55

2) Inspektor ochrony danych:

Dyrektor SPZOZ w Bychawie wyznaczył inspektora ochrony danych osobowych z którą mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

3) Cel i podstawy przetwarzania:

Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Uczestnika konkursu przetwarzane będą w zakresie niezbędnym do realizacji konkursu „Zdrowie widziane oczami dziecka”. Podstawą przetwarzania danych osobowych w tej sytuacji jest udzielona zgoda, tj. art. 6 ust. 1 lit. a 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 (RODO), a w celu ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami przez Administratora podstawą prawną przetwarzania danych jest prawnie uzasadniony interes Administratora, tj. art. 6 ust. 1 lit. f RODO 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 (RODO).

4) Odbiorcy danych osobowych: Dostęp do danych osobowych uzyskują upoważnieni pracownicy Administratora, w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych. Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Uczestnika konkursu mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora w zakresie realizowanych przez niego obowiązków, Administrator nie będzie przekazywał Pani/Pana danych osobowych ani danych osobowych Uczestnika do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.**5) Okres przechowywania danych:** Pani/Pana dane osobowe oraz dane osobowe Uczestnika konkursu przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych czyli przez okres trwania konkursu i jego rozstrzygnięcia, a następnie zgodnie z okresami przewidzianymi dla archiwizacji tych danych.**6) Prawa podmiotów danych:** Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika konkursu, prawo do żądania ich sprostowania, do ograniczania przetwarzania tych danych oraz prawo do żądania ich usunięcia. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia zgody na dokonywanie przetwarzania danych osobowych w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**7) Zautomatyzowane podejmowanie decyzji w tym profilowanie:** W trakcie przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz danych osobowych Uczestnika konkursu nie będzie dochodzić do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani do profilowania.**8) Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:** Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, tel.: 22 531 03 00.**9) Informacja o dobrowolności lub obowiązku podania danych:** Podanie danych osobowych jest konieczne dla celów związanych z udziałem w Konkursie „Zdrowie widziane oczami pacjenta”. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości uczestnictwa zgłoszonego dziecka w konkursie.**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH**

Jako opiekun prawny małoletniej/ego (dalej zwanego: Uczestnikiem konkursu lub Dzieckiem) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych Uczestnika

konkursu przez SP ZOZ w Bychawie, w celu przeprowadzenia i zorganizowania Konkursu Plastycznego „Zdrowie widziane oczami pacjenta”.

Jednocześnie niniejszym oświadczeniem wyrażam zgodę na publikację wyników konkursu oraz osiągnięć uzyskanych przez Uczestnika konkursu na stronie internetowej.

Wyrażam również zgodę na przetwarzanie przez administratora danych wizerunku Dziecka oraz publikację zdjęć zrobionych podczas przeprowadzonego konkursu na stronie internetowej Szpitala.

Oświadczam, że podaję dane i wyrażam zgodę dobrowolnie i w sposób świadomy, zaś administrator danych przed wyrażeniem niniejszej zgody przekazał mi informacje, o których mowa w art. 13 i 14 RODO, w tym informację o możliwości cofnięcia wyrażonej zgody, przy czym wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Jednocześnie, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mnie dotyczących dla celów związanych z organizacją i realizacją konkursu oraz upowszechnienia pracy konkursowej.

.....
Data, podpis rodzica/opiekuna prawnego