



Adatkezelési hozzájáruló nyilatkozat személyes és egészségügyi adatok kezeléséhez

Én,

Név:	
Születési hely, idő:	
Lakcím:	
Telefon:	
TAJ szám:	
E-mail cím:	

mint a Dental Corner Fogorvosi szolgáltató Kft. 1122 Budapest Maros u 29. I/4. (továbbiakban Adatkezelő) páciense önkéntesen, a megfelelő tájékoztatás birtokában az alábbi adatkezelési hozzájáruló nyilatkozatot teszem. Jelen nyilatkozatom alapján visszavonásig hozzájárulok ahhoz, hogy Adatkezelő az Adatkezelési Szabályzatában meghatározott feltételek alapján, az abban foglalt Adatkezelők a megadott személyes Adataimat (azonosító és kapcsolattartási adataim: Név, telefonszám, e-mail cím, egyéb azonosítók) és az ellátásomhoz közvetlenül szükséges egészségügyi adataimat az Adatkezelő révén nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos feladataik ellátásához szükséges mértékben kezeljék. Tudomásul veszem, hogy a jelen nyilatkozatomban foglalt hozzájárulásom alapján történő adatkezelésre a Szabályzat, illetve a mindenkor hatályos adatvédelmi jogszabályok, így különösen az EU 2016/679 sz. Általános adatvédelmi rendelete (GDPR), az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló Infotörvény, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény, valamint a gyógykezelés céljából történő adatkezeléssel kapcsolatban az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezései vonatkoznak. A hozzájárulásomat bármikor, ingyenesen, azonnali hatállyal és indoklás nélkül visszavonhatom az alábbiak szerint:

- postai úton a rendelő címére megküldött nyilatkozattal: Dental Corner Fogorvosi szolgáltató Kft. 1122 Budapest Maros u 29. I/4.
- e-mailben az: info@dentalcorner.hu címre küldött elektronikus levélben megküldött nyilatkozattal.

A hozzájárulás visszavonása nem érinti a hozzájáruláson alapuló, a visszavonás előtti adatkezelés jogszerűségét, valamint a Rendelő jogszabályi kötelezettségéből fakadó adatmegőrzési kötelezettségét. Kifogásom esetén jogom van a) panaszt benyújtani a Nemzeti Adatvédelmi és Információszabadság Hatósághoz 1125 Budapest, Szilágyi Erzsébet fasor 22/c Telefon: +36 1 391 1400 E-mail: ugyfelszolgalat@naih.hu web: ww.naih.hu b) jogaim megsértése esetén az Infotv. 22. §-a alapján bírósághoz fordulni. A hozzájárulás megadása semmilyen vonatkozásban nem képezi előfeltételét az Adatkezelővel történő szerződéses jogviszony létesítésének, ez attól teljesen független. A hozzájárulás megadásának megtagadása, vagy a fentebb ismertetett jogok gyakorlása semmilyen (jog)következéssel nem jár. Tudomásul veszem, hogy saját személyes adataim kezelésének korlátozása vagy megadásuk megtagadása akadályozhatja az egészségügyi feladatok elvégzését.

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon a kezeléseimet érintő időpont emlékeztető értesítéseket küldjön (a megfelelőket jelölje X -szel). e-mail: SMS:

Aláírással egyúttal visszavonásig hozzájárulok, hogy Adatkezelő részemre az általam alább megjelölt módokon az általa nyújtott szolgáltatásokhoz kapcsolódó, személyemet is érintő hírleveleket, értesítéseket küldjön a megfelelőket jelölje X -szel).

e-mail: SMS: Közvetlen levél:

Kelt: Budapest, 20.....

Páciens aláírása