

ΕΝΤΥΠΟ: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ	ΚΩΔΙΚΟΣ: ΟΡΓ-ΠΟΛ13/01
ΕΚΔΟΣΗ: 1	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΣΧΥΟΣ: 01/04/2018	ΣΕΛΙΔΑ: 1/4

Το παθολογοανατομικό εργαστήριο «**ΙΣΤΟΤΥΠΟΣ ΙΚΕ**» διασφαλίζει το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών σας δεδομένων και υιοθετεί τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων 679/2016 της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλες τις διαδικασίες και τα στάδια επικοινωνίας μαζί σας.

Με την ιδιότητα του Υπεύθυνου Επεξεργασίας **συλλέγουμε** και **αποθηκεύουμε** τα παρακάτω προσωπικά δεδομένα, τα οποία **θα επεξεργαστούμε αποκλειστικά και μόνο** για συγκεκριμένους σκοπούς, όταν και εφόσον χρειαστεί:

ΔΕΔΟΜΕΝΑ	ΣΚΟΠΟΣ
<p>Δεδομένα Ταυτοποίησης, όπως: Ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, μητρώνυμο, αριθμό τηλεφώνου, διεύθυνση κατοικίας, email, Α.Μ.Κ.Α., Α.Φ.Μ. κλπ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Φορολογικοί λόγοι (έλεγχος από τη Φορολογική Αρχή) • Οικονομική ενημέρωση (κοστολόγηση υπηρεσιών, υπόλοιπα λογαριασμού)
<p>Δεδομένα που αφορούν την υγεία σας, όπως: δείγματα ιστών, παραπεμπτικά εργαστηριακού ελέγχου</p>	<p>Για την εξυπηρέτηση και προστασία των ζωτικών συμφερόντων σας και σε εκτέλεση της συμβατικής υποχρέωσης που αναλάβαμε απέναντί σας</p>

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΥΣ

Στο πλαίσιο των καθηκόντων μας και προκειμένου να εκτελέσουμε τις συμβατικές μας υποχρεώσεις απέναντί σας, μπορεί να χρειαστεί να κοινοποιήσουμε ορισμένα από τα δεδομένα σας σε εξωτερικούς μας συνεργάτες ή σε άλλα πρόσωπα καθ' υπόδειξή σας. Επίσης, έχουμε νομική υποχρέωση να κοινοποιούμε έγγραφα που περιέχουν προσωπικά σας δεδομένα στις φορολογικές αρχές αλλά και σε ασφαλιστικούς φορείς. Στις περιπτώσεις αυτές σας διαβεβαιώνουμε, ότι είμαστε σε διαρκή επαγρύπνηση και λαμβάνουμε όλα τα απαιτούμενα μέτρα ασφαλείας, ώστε οι διαβιβάσεις των προσωπικών σας δεδομένων να πραγματοποιούνται με τον ασφαλέστερο δυνατό τρόπο.

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΑΣ

Είμαστε υποχρεωμένοι να διατηρούμε τα προσωπικά σας δεδομένα για όλο το διάστημα της συνεργασίας μας, αλλά και για την ελάχιστη περίοδο που απαιτείται από την υπάρχουσα νομοθεσία, ώστε να εκπληρωθούν οι υποχρεώσεις μας προς τρίτα μέρη (συμπεριλαμβανομένων των φορολογικών αρχών). Εφόσον δεν υφίστανται οι ανωτέρω περιορισμοί, θα διαγράψουμε οριστικά τα δεδομένα σας, αφού προηγηθεί σχετική ενημέρωση και συγκατάθεσή σας.

ΕΝΤΥΠΟ: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ	ΚΩΔΙΚΟΣ: ΟΡΓ-ΠΟΛ13/01
ΕΚΔΟΣΗ: 1	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΣΧΥΟΣ: 01/04/2018	ΣΕΛΙΔΑ: 2/4

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΑΣ

Μπορείτε ανά πάσα στιγμή εφόσον το επιθυμείτε να μας ζητήσετε ενημέρωση σχετικά με τα προσωπικά σας δεδομένα. Συγκεκριμένα, μπορείτε να έχετε πρόσβαση στον φάκελό σας, να ζητήσετε τη διόρθωση όποιων δεδομένων κρίνετε ανακριβή, τον περιορισμό της επεξεργασίας τους, καθώς και τη διαγραφή τους. Τέλος, έχετε το δικαίωμα να μας ζητήσετε τη μεταφορά των δεδομένων σας σε άλλο Υπεύθυνο ή Εκτελούντα Επεξεργασία. Για όλα τα παραπάνω δικαιώματά σας, μπορείτε να μας καταθέσετε σχετικό αίτημα στην ηλεκτρονική διεύθυνση leoxatz@istotipos.gr. Σε αυτήν την περίπτωση, θα σας ζητήσουμε την αυτοπρόσωπη εμφάνισή σας, ή νόμιμου αντιπροσώπου, ώστε να βεβαιωθούμε ότι δεν γνωστοποιούμε σε κάποιον άλλον τα προσωπικά σας δεδομένα.

Στην περίπτωση άσκησης ενός εκ των ανωτέρω αναφερόμενων δικαιωμάτων σας, θα λάβουμε κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός σας εντός ενός μηνός από τη λήψη του, ενημερώνοντάς σας γραπτώς για την ικανοποίηση του αιτήματός σας, ή για τους λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίηση ενός ή και περισσότερων από αυτά, καθώς επίσης και για τους λόγους τυχόν καθυστέρησής μας πέραν του ως άνω διαστήματος του ενός μηνός. Επίσης, θα σας ενημερώσουμε για τα περαιτέρω δικαιώματά σας σε περίπτωση μη προσηκούσας ανταπόκρισής μας. Η πληροφόρηση αυτή κατ' αρχήν παρέχεται δωρεάν από εμάς.

Διατηρείτε πάντοτε το δικαίωμα να αποσύρετε την συγκατάθεσή σας, ενημερώνοντάς μας σχετικά είτε με επιστολή στην έδρα της εταιρίας (Θάλητος 6) είτε με ηλεκτρονική επιστολή (leoxatz@istotipos.gr), αναφέροντας πάντοτε τα πλήρη στοιχεία σας και το λόγο επικοινωνίας σας. Και σε αυτήν την περίπτωση θα σας ζητήσουμε την αυτοπρόσωπη εμφάνισή σας, ή νόμιμου αντιπροσώπου, για την προστασία των συμφερόντων σας. Στην περίπτωση αυτή παρακαλούμε να έχετε υπόψη σας, ότι μία τέτοια ανάκληση ενδέχεται να σημαίνει αυτομάτως και τη διακοπή της συνεργασίας μας, δεδομένης της αναγκαιότητας της επεξεργασίας των δεδομένων σας για την εκτέλεση των συμβατικών μας υποχρεώσεων. Η νομιμότητα της επεξεργασίας των δεδομένων σας, που βασίστηκε στη συγκατάθεσή σας πριν την ανάκληση δεν θίγεται.

Εφόσον αισθάνεστε ότι θίγονται τα δικαιώματά σας επί των προσωπικών σας δεδομένων, διατηρείτε πάντοτε το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο/καταγγελία ζητώντας γραπτές εξηγήσεις από τον Υπεύθυνο Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (DPO) της εταιρίας μας (κο Χατζηκωνσταντίνου Λεωνίδα), είτε με επιστολή στην έδρα της εταιρίας (Θάλητος 6), είτε με ηλεκτρονική επιστολή (leoxatz@istotipos.gr), αναφέροντας πάντοτε τα πλήρη στοιχεία σας και το λόγο επικοινωνίας σας με την εταιρία. Σε περίπτωση που το εργαστήριο δεν σας ικανοποιήσει με την απάντησή του, τότε μπορείτε να απευθυνθείτε στην αρμόδια Εποπτική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων: <http://www.dpa.gr>, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ. 210 6475600, email: contact@dpa.gr. Σας ευχαριστούμε για την εμπιστοσύνη και σας διαβεβαιώνουμε για την άμεση ανταπόκρισή μας σε κάθε αίτημα, απορία ή παράπονό σας.

ΕΝΤΥΠΟ: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ	ΚΩΔΙΚΟΣ: ΟΡΓ-ΠΟΛ13/01
ΕΚΔΟΣΗ: 1	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΣΧΥΟΣ: 01/04/2018	ΣΕΛΙΔΑ: 3/4

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Ενημερώθηκα για τη λήψη και χρήση
προσωπικών & ευαίσθητων δεδομένων μου
και συναινώ στην επεξεργασία τους
όπως περιγράφεται παραπάνω.

Όνοματεπώνυμο:.....

Υπογραφή

Πόλη:.....

Ημερομηνία:.....

Σημείωση:

*Παρακαλούμε η δήλωση συναίνεσης να συνοδεύει
το παραπεμπτικό εργαστηριακού ελέγχου.*

ΕΝΤΥΠΟ: ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ – ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ		ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ	ΚΩΔΙΚΟΣ: ΟΡΓ-ΠΟΛ13/01
ΕΚΔΟΣΗ: 1	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΙΣΧΥΟΣ: 01/04/2018		ΣΕΛΙΔΑ: 4/4

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ/ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Όνοματεπώνυμο εξεταζόμενου:.....

Ημερομηνία:.....

Με την παρούσα επιστολή συναινώ η ενημέρωση / αποστολή / παραλαβή των ιατρικών & οικονομικών μου δεδομένων να γίνει, με δική μου ευθύνη:

αντί εμού,

α) από ορισμένο άτομο: τηλ:.....
 τηλ:.....
 τηλ:.....
 τηλ:.....

β) με προσωπική επίδοση στη διεύθυνση:.....

γ) με αποστολή στο email:.....

δ) με αποστολή στο fax:.....

ε) από τον θεράποντα ιατρό μου:.....

ζ) με αποστολή στην ασφαλιστική μου εταιρία:.....

Σημείωση:

Παρακαλούμε η δήλωση συναίνεσης να συνοδεύει το παραπεμπτικό εργαστηριακού ελέγχου.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΥ