

Spodaj podpisani (oče otroka): _____
(ime, priimek, naslov)

Spodaj podpisana (mati otroka): _____
(ime, priimek, naslov)

kot zakoniti zastopnik **svojega mladoletnega otroka**: _____
(ime, priimek, naslov)

skladno z Uredbo (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov)

podajam naslednje izrecno in nepogojno

SOGLASJE

družbi ESKULAP, družba za zdravstvene storitve d.o.o., Redelonghijeva ulica 12, 1000 Ljubljana, Matična številka: 5303788000, Davčna številka: 89491220,

da zbira, hrani in obdeluje moje osebne podatke ter osebne podatke mojega otroka za potrebe opravljanja lastnih zdravstvenih storitev, skladno s pozitivno zdravstveno zakonodajo ter za zakonito posredovanje mojih osebnih podatkov in osebnih podatkov mojega mladoletnega otroka drugim zdravstvenim ustanovam ter drugim zdravstvenim delavcem, kot so zdravstveni domovi, drugi splošni zdravniki in zdravniki specialisti, lekarne, rehabilitacijske ustanove ter druge entitete, ki jih mora zdravnik obvestiti o osebnih podatkih mojega mladoletnega otroka zaradi uspešnega zdravljenja mojega mladoletnega otroka oziroma zaradi ustrezne zdravstvene preventive mojega mladoletnega otroka.

Družba lahko zbira in obdeluje moje naslednje osebne podatke:

- ime in priimek
- naslov stalnega in začasnega prebivališča
- datum rojstva, EMŠO in davčno številko, telefonsko številko, naslov elektronske pošte
- moj delovnopравни status (zaposlen, nezaposlen, samozaposlen, upokojen)
- moje občasne in kronične bolezni
- moje navade pri zauživanju alkoholnih pijač ter moje kadilske navade in podobno
- podatki s kartice ZZS

Družba lahko zbira in obdeluje naslednje osebne podatke mojega mladoletnega otroka:

- ime in priimek
- naslov stalnega prebivališča
- datum rojstva, EMŠO in davčno številko
- občasne in kronične bolezni
- odsotnosti in izostanke predšolskih in šolskih dejavnosti
- seznam opravljenih ukrepov zdravstvene preventive (cepljenje)
- podatki s kartice ZZS

Družba bo moje osebne podatke hranila za celoten čas, ko bo moj otrok pacient pri družbi, oziroma najmanj toliko časa, kot je to nujno potrebno skladno s pozitivno zakonodajo Republike Slovenije.

S podpisom tega soglasja sem v celoti seznanjen s svojimi pravicami, ki jih imam po Splošni uredbi o varstvu podatkov, in sicer me je pooblaščen družba ob podpisu tega soglasja izrecno opozorila, da lahko to soglasje prekličem (pravica do preklica), da lahko kadarkoli zahtevam od pooblaščen družbe, da me seznani z obsegom in vsebino osebnih podatkov, ki jih hrani in obdeluje (pravica do seznanitve), da lahko svoje osebne podatke po potrebi ustrezno spremenim (pravica do spremembe), da lahko zahtevam od pooblaščen družbe, da iz svojih evidenc izbriše vse moje osebne podatke (pravica do izbrisa in pozabe), da lahko kadarkoli od pooblaščen družbe zahtevam, da omeji vsebino in količino mojih osebnih podatkov, ki jih obdeluje (pravica do omejevanja) ter da lahko od družbe kadarkoli zahtevam, da vse moje zbrane osebne podatke prenese na drugo družbo (pravica do prenosa). Seznanjen/a sem, da lahko vse omenjene pravice glede osebnih podatkov na enak način urejam tudi za svojega mladoletnega otroka.

V/Na _____, dne _____

Podpis soglasodajalca: Oče: _____

Mati: _____