

PROTECCIÓ de DADES PERSONALS: CONSENTIMENT

En/Na Sr/a. _____ (en endavant, el pacient), major d'edat als efectes de prestar el consentiment en matèria de protecció de dades, amb de DNI _____, amb domicili a efectes de notificacions a _____, consenteix expressament i autoritza **EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA BARCELONA-SARDENYA, SLP** (en endavant, EAP SARDENYA) perquè realitzi el tractament de les dades que voluntàriament li cedeix, d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (d'ara endavant, RGPD) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i de comerç electrònic (d'ara endavant, LSSICE) i altra legislació connexa.

EAP SARDENYA, amb CIF B62304936, con domicilio a efectes de comunicacions en Barcelona, carrer Sardenya 466, manifesta que:

1. En virtut del que es disposa en els articles 37 i següents del RGPD té nomenat un Delegat de Protecció de Dades (d'ara endavant, DPD). Les dades del qual són:

delegat.rgpd@eapsardenya.cat
2. Que no realitzarà cap transferència internacional de les dades obtingudes en virtut del present consentiment o com a conseqüència del tractament dels mateixos.
3. Que li vas agafar el dret a sol·licitar l'accés a les dades personals, i a la seva rectificació o supressió, o la limitació del seu tractament, o a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de les dades.
4. Que li vas agafar el dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.agpd.es), en el supòsit que consideri vulnerats els seus drets.
5. Que no es prenen decisions automatitzes, ni s'elaboren perfils, a les quals es refereix l'article 22, apartats 1 i 4 del RGPD.
6. Que pot, en qualsevol moment, retirar el seu consentiment al tractament de les dades personals per part de **EAP SARDENYA** amb la conseqüència de què el Centre no podrà continuar oferint els serveis assistencials sense el seu consentiment. Així mateix, la revocació del consentiment no afectarà a la licitud del tractament de dades basada en el consentiment abans de la seva retirada.
7. Les dades obtingudes es tractaran amb les següents finalitats:
 - a) Donar-li la millor assistència professional, administrativa i personal possible.

- b) En cas que ho desitgi, comunicar / lliurar informació (administrativa i / o clínica) a vostè o les persones que autoritzi expressament, fins i tot via electrònica.
 - c) En cas que ho desitgi, comunicar fins i tot per mitjans electrònics, informació que pugui ser del seu interès sobre activitats o serveis relacionats amb el motiu de la seva visita a EAP Sardenya i/o els seus especialistes col·laboradors.
 - d) Control de qualitat i millora dels serveis valorats.
 - e) Informar-li de nous serveis, promocions i novetats de **EAP SARDENYA** per mitjans electrònics.
8. **EAP SARDENYA** conservarà la documentació administrativa i clínica dins el termini legal establert per la normativa d'aplicació, segons el cas, i d'acord amb la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient.
9. Les següents entitats tindran accés a les dades obtingudes, en el marc dels contractes de prestació de serveis subscrits amb **EAP SARDENYA**:
- a. Cetir Centre mèdic / Grupo Ascires
C. de Londres, 6
08029 Barcelona -
 - b. Cerba Internacional - Pl. Ramon Llull, 7-10
08203 Sabadell · Barcelona
 - c. Medical Cremades S.L. – C. Dos de Maig, 301 2n – 08025 Barcelona
10. Li informem que en la següent adreça <http://eapsardenya.cat/avis-legal> pot accedir a una informació més detallada de la nostra política en matèria de protecció de dades.

LLIURAMENT D'INFORMACIÓ A PERSONES AUTORITZADES

El pacient autoritza a les següents persones i en particular al familiar/persona que signa com a "Responsable del pacient" a sol·licitar i rebre en nom del propi pacient informació/documentació administrativa i/o clínica derivada de la seva visita:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

MENORS D'EDAT ACOMPANYATS PEL REPRESENTANT LEGAL

EAP SARDENYA fomenta i protegeix les relacions patern - filials juntament amb el degut respecte a la confidencialitat de les dades personals dels menors d'edat i els seus progenitors, garantint que cap persona no autoritzada pot accedir a aquestes dades.

Així mateix, el progenitor que acompanya al menor durant la seva visita, autoritza expressament a l'altre progenitor a què pugui tenir accés a la informació i documentació administrativa i/o clínica derivada de la visita del menor al Centre.

Si té coneixement que l'altre progenitor està privat de la representació legal del menor, si us plau poseu-lo en el nostre coneixement juntament amb la documentació que acrediti aquesta situació, en cas de disposar-ne:

Aporta documentació

No aporta documentació

ALTRES

No AUTORITZO a comunicar a la meva entitat asseguradora dades personals, optant en conseqüència a abonar directament el cost dels serveis prestats al Centre.

NO DESITJO rebre comunicacions informatives o publicitàries dels serveis que em puguin oferir el Centre i/o els seus especialistes col·laboradors.

Barcelona, a ____ de _____ de 20 ____

Nom i Cognoms:

Nom i Cognoms:

DNI:

DNI:

Firma

Firma Tutor / Representant legal