

**Komisja Bioetyczna  
przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Łodzi**

---

ul. Czerwona 3, 93-005 Łódź  
tel. 42-683-17-44, fax.42-683-13-78

Załącznik nr 4 do Wniosku o wydanie opinii w przedmiocie eksperymentu medycznego

**Wzór - Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby pełnoletniej i nieubezważonej<sup>1</sup>**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia przez .....z siedzibą w ....., zawartych w formularzu w celu i zakresie niezbędnym do realizacji eksperymentu medycznego pt. ....

**Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, a zgodę w każdej chwili mogę wycofać. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność przetwarzania z prawem, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.**

**Zapoznałam/Zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych”.**

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Uczestnika

.....  
Data i czytelny podpis osoby odbierającej deklarację

## **Wzór – Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla osoby pełnoletniej i nieubezpieczonej<sup>2</sup>**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 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 zwanego dalej „RODO” informujemy, że będziemy przetwarzać Pani/Pana dane osobowe. Szczegóły tego dotyczące:

### **I. Administrator danych osobowych**

..... z siedzibą w ....., ul. ...., ....., tel. .... informuje, że jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych.

### **II. Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych, z którym może Pani/Pan skontaktować się w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw za pomocą e-mail:.....; telefon: ..... lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

### **III. Cele i podstawy przetwarzania**

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, w tym szczególnych kategorii danych dotyczących zdrowia ma na celu uczestnictwo w eksperymencie medycznym pt. ...., na podstawie Pani/Pana świadomej zgody (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a oraz art. 9 ust. 2 lit. a RODO).

### **IV. Odbiorcy danych**

Dostęp do Pani/Pana danych osobowych w Zakładzie/Klinice ..... będą mieć wyłącznie prowadzący eksperyment medyczny zatrudnieni i upoważnieni przez Administratora - uczestniczący w eksperymencie medycznym w niezbędnym zakresie.

Dostęp do Pani/Pana danych będą mieć także prowadzący eksperyment medyczny z ..... współpracujący z Administratorem w realizacji eksperymentu medycznego

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom przetwarzającym, które wspierają nas systemami teleinformatycznymi oraz dostarczają nam i obsługują nasze systemy informatyczne oraz oprogramowanie wykorzystywane do właściwej realizacji zadań.

W przypadku zaistniałej konieczności Pani/Pana dane osobowe mogą zostać także udostępnione podmiotom uprawnionym do otrzymania Pani/Pana danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

### **V. Przekazywanie danych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych**

Nie przekazujemy Pani/Pana danych poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego **lub** Przekazujemy dane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego na podstawie ..... (treść uzależniona od stanu faktycznego oraz współpracy z innymi ośrodkami badawczymi spoza EOG lub z wykorzystaniem narzędzi wspierających i dostarczonych przez podmioty spoza EOG).

### **VI. Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane pozyskane do realizacji celów wskazanych w pkt III będą przechowywane przez okres ..... miesięcy/lat liczony od daty zakończenia eksperymentu, tj. do ..... r., a następnie dane zostaną usunięte.

W przypadku cofnięcia zgody dane zostaną usunięte.

### **VII. Przysługują Pani/Panu następujące prawa:**

- a) prawo dostępu do danych osobowych – uzyskania od Administratora potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe, a jeżeli ma to miejsce, uzyskanie dostępu do nich oraz przekazania Pani/Panu informacji w zakresie wskazanym w art. 15 RODO;
  - b) prawo do sprostowania danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego sprostowania danych osobowych, które są nieprawidłowe oraz uzupełnienia niekompletnych danych osobowych zgodnie z art. 16 RODO;
-

- c) prawo do usunięcia danych osobowych – żądania od Administratora niezwłocznego usunięcia danych osobowych, jeżeli spełniona zostanie jedna z przesłanek określonych w art. 17 RODO, m.in. dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane. Prawo usunięcia danych może zostać ograniczone ze względu na obowiązki Administratora wynikające z obowiązującego prawa;
  - d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadkach wskazanych w art. 18 RODO,  
m. in. kwestionowania prawidłowości danych osobowych;
  - e) prawo do przenoszenia danych osobowych – otrzymania zgodnie z art. 20 RODO od Administratora danych osobowych w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego jeśli dane przetwarzane są w sposób zautomatyzowany na podstawie wyrażonej zgody. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych lub żądać by dane osobowe zostały przesłane przez Administratora bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe;
  - f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych zgodnie z art. 77 RODO;
  - g) prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z art. 7 ust. 3 RODO.
- W celu skorzystania z ww. praw należy skierować żądanie do Administratora Danych Osobowych lub Inspektora Ochrony Danych – dane kontaktowe wskazano w pkt I lub II niniejszej informacji. Proszę pamiętać, że przed realizacją Pani/Pana uprawnień Administrator będzie musiał upewnić się, że Pani/Pan ma powyższe prawo, czyli odpowiednio Panią/Pana zidentyfikować.

#### **VIII. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych osobowych oraz wyrażenie zgody jest dobrowolne. Niewyrażenie zgody uniemożliwi udział w eksperymencie medycznym.

#### **IX. Informacje o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

### Wzór – Zgoda na przetwarzanie danych osobowych osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej<sup>3</sup>

Ja, .....\* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka/podopiecznego\*\* .....\*\*, w tym danych szczególnych kategorii dotyczących zdrowia przez ..... z siedzibą w ....., zawartych w formularzu w celu i zakresie niezbędnym do realizacji eksperymentu medycznego pt. .... **Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych i wyrażenie zgody jest dobrowolne, a zgodę w każdej chwili mogę wycofać. Cofnięcie zgody nie będzie wpływać na zgodność przetwarzania z prawem, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.**

**Zapoznałam/Zapoznałem się z „Informacją o przetwarzaniu danych osobowych”.**

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego\*\*

.....  
Data i czytelny podpis osoby odbierającej deklarację

\*Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

\*\*Niewłaściwe skreślić

\*\*\*Imię i nazwisko dziecka/podopiecznego

---