



DR ΕΥΑ Α. ΜΑΡΑΓΚΟΥΔΑΚΗ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

Α.Μ.Κ.Α.: _____

ΤΗΛΕΦΩΝΟ: _____

Ο/Η υπογραφών/ούσα δηλώνω ότι:

- Ενημερώθηκα από την Ιατρό Μαραγκουδάκη Ευαγγελία και παρέχω την ρητά μου συγκατάθεση για την εκ μέρους της συλλογή, τήρηση (σε ηλεκτρονικό ή μη) αρχείο και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, και ευαίσθητων, που αφορούν την υγεία μου, τα οποία έχουν συλλεγεί και βρίσκονται στην κατοχή του, ή θα συλλέγονται στα πλαίσια της συνεργασίας μας, για επεξεργασία για ιατρικούς σκοπούς, σύμφωνα με τους όρους του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679.
- Συγκατατίθεμαι, συναινώ και αναγνωρίζω ως νόμιμη την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου καθόσον αυτή είναι απαραίτητη για την προσήκουσα προς εμένα παροχή ιατρικών υπηρεσιών και σχετίζεται με την διαφύλαξη ζωτικών έννομων συμφερόντων μου.
- Δηλώνω επίσης ότι προ και δια υπογραφής της παρούσας έλαβα γνώση από τον ως άνω Ιατρό των ειδικότερων δικαιωμάτων που μου παρέχει ο ως άνω Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 και ειδικότερα:
 - Το δικαίωμα πληροφόρησης και λήψης επιβεβαίωσης για το εάν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και βρίσκονται στην κατοχή του υφίστανται επεξεργασία, εντός μηνός από την υποβολή του αιτήματος.
 - Το δικαίωμα πρόσβασης μου στα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και ειδικώς σε πληροφορίες αναφορικά με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών για ιατρικούς λόγους.
 - Το δικαίωμα προηγούμενης ενημέρωσής μου και συγκατάθεσής μου για την κοινοποίηση / διαβίβαση δεδομένων μου προς πιθανούς αποδέκτες στους οποίους μπορεί να κοινολογηθούν τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, ιδίως τους αποδέκτες σε τρίτες χώρες ή διεθνείς οργανισμούς.
 - Το δικαίωμα λήψης αντιγράφων, και σε ηλεκτρονική μορφή, δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται σε επεξεργασία.
 - Το δικαίωμά μου για την υποβολή προς την ως άνω Ιατρό αιτήματος περί διόρθωσης, διαγραφής δεδομένου προσωπικού χαρακτήρα ή περιορισμό επεξεργασίας αυτών.
 - Έλαβα επίσης γνώση ότι προσωπικά δεδομένα μου θα αποθηκευτούν για ορισμένο χρονικό διάστημα, σχετιζόμενο με τους σκοπούς της επεξεργασίας αυτών αποκλειστικά για ιατρικούς λόγους.
 - Το δικαίωμά μου να αντιταχθώ στο μέλλον στην επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου από την υπεύθυνο επεξεργασίας Ιατρό.
 - Το δικαίωμά μου να ανακαλέσω την παρούσα συγκατάθεση, ανά πάσα στιγμή.
 - Το δικαίωμά μου να υποβάλλω καταγγελία στην Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, ως εποπτική αρχή του υπεύθυνου επεξεργασίας, εάν κρίνω ότι υφίσταται παραβίαση των δικαιωμάτων μου.
- Επιπλέον δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι έχω κατανοήσει την σημασία της χορηγούμενης εκ μέρους μου συγκατάθεσης στην Ιατρό περί επεξεργασίας προσωπικών δεδομένων και συναινώ ανεπιφύλακτα στη συλλογή, επεξεργασία, διαχείριση και αρχειοθέτηση αυτών εκ μέρους της ως άνω Ιατρού.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ___/___/_____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____

 **Email**
maragoudaki@evamed.gr

 **Phone**
210 41 84 044

 **Address**
167 Iroon Polytechneiu Avenue,
Piraeus 185 36