



ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η δέσμευσή μας για την Προστασία των Προσωπικών Δεδομένων των Εξεταζόμενων

Το **Ιδιωτικό Διαγνωστικό Εργαστήριο «ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ»**, εφεξής καλούμενο και ως «το Διαγνωστικό Εργαστήριο», έχει δεσμευτεί για την αδιάκοπη παροχή ιατρικών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Κατά την πολύχρονη λειτουργία του σέβεται τα δικαιώματά σας στο πλαίσιο της νομοθεσίας περί προστασίας προσωπικών δεδομένων, βελτιώνοντας και αναβαθμίζοντας συνεχώς το επίπεδο των υπηρεσιών στο που προσφέρει. Η Πολιτική Απορρήτου Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Εξεταζόμενων περιλαμβάνει τις βασικές πληροφορίες αναφορικά με την πολιτική του Εργαστηρίου μας για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των εξεταζόμενων του κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Παρακαλούμε να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας στην ανάγνωση της συγκεκριμένης Πολιτικής, την οποία μπορείτε να βρείτε στην γραμματεία του Διαγνωστικού μας Εργαστηρίου καθώς και στην ιστοσελίδα μας <http://www.eky.gr>, προκειμένου να καταστεί σαφής ο λόγος και ο τρόπος με τον οποίο επεξεργαζόμαστε τα προσωπικά σας δεδομένα, σύμφωνα με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (ΕΕ) 2016/679.

Στην **Πολιτική Απορρήτου Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Εξεταζόμενων** θα βρείτε πληροφορίες σχετικά με:

- ♦ το είδος των προσωπικών δεδομένων που επεξεργάζεται το Διαγνωστικό Εργαστήριο,
- ♦ τη νομική βάση της επεξεργασίας,
- ♦ το χρονικό διάστημα διατήρησης των δεδομένων,
- ♦ τους αποδέκτες των προσωπικών δεδομένων,
- ♦ τα δικαιώματά σας σχετικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και
- ♦ τα μέτρα ασφαλείας που έχει λάβει το Διαγνωστικό Εργαστήριο για την εγγυημένη διαφύλαξη της ιδιωτικότητάς σας
- ♦ τα στοιχεία επικοινωνίας του Υπεύθυνου Προστασίας Δεδομένων στο Διαγνωστικό μας Εργαστήριο.

Ο/η υπογράφων/υπογράφουσα, υπογράφοντας την παρούσα, δηλώνω υπεύθυνα ότι **έλαβα γνώση** της Πολιτικής Απορρήτου Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Εξεταζόμενων του ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ, η οποία διευκρινίζει και περιγράφει λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο το Διαγνωστικό Εργαστήριο επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα με σκοπό την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

Τόπος και ημερομηνία: _____

Ολογράφως το όνομα του/της εξεταζόμενου: _____

Υπογραφή εξεταζόμενου: _____

Εάν ο/η εξεταζόμενος δεν μπορεί να δηλώσει και/ ή να υπογράψει ο ίδιος/α για λογαριασμό του/της, παρακαλώ να μας ενημερώσετε για τον λόγο και να μας παράσχετε τα στοιχεία του εκπροσώπου σας:

- Ευπαθής ενήλικος
- Άλλο: _____

Ολογράφως το όνομα του/της εκπροσώπου: _____

Υπογραφή εκπροσώπου: _____