Załącznik nr 1

## Zakres, cele, sposoby oraz okres przetwarzania danych osobowych (Wzór)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **Numer umowy głównej** | **Data zawarcia umowy głównej** | **Przedmiot umowy – cel i charakter przetwarzania** | **Okres przetwarzania** | **Podpowierzenie (lista podmiotów)** |
| **1** | *[numer umowy o świadczenie usług, na podstawie której dochodzi do powierzenia danych osobowych]* | *[…]* | *[celu zawarcia umowy głównej (przedmiot umowy) oraz sposób, w jaki będzie dochodziło do przetwarzania danych]* | *[np. tak długo jak długo obowiązuje umowa główna lub inne kryteria lub konkretna data]* | *[[jeżeli Administrator wyraża zgodę na podpowierzenie, wpisuje tutaj listę podwykonawców, którym podmiot przetwarzający będzie powierzał dalej dane osobowe]* |

Administrator powierza dane osobowe Podmiotowi przetwarzającemu w zakresie danych identyfikacyjnych, danych kontaktowych, danych adresowych, danych szczególnej kategorii (wrażliwych) – o stanie zdrowia osób fizycznych, tj. pacjentów, pracowników, współpracowników, kontrahentów.

|  |  |
| --- | --- |
| * Imię * Drugie imię * Nazwisko * Nazwisko rodowe * Identyfikacja pacjenta * PESEL * Wiek * Nazwa dokumentu * Numer dokumentu * Rodzaj dokumentu * Data wydania * Data upływu okresu ważności * Uprawnienie * Uprawnienie dodatkowe * Numer telefonu * Email * Preferowany sposób kontaktu * Ulica * Numer budynku * Numer lokalu * Kod pocztowy * Miejscowość * Gmina * Powiat * Województwo * Kraj * Rodzaj adresu (zamieszkania/korespondencyjny) * NFZ/Ubezpieczenie * Dane o stanie zdrowia * Stopień niepełnosprawności * Treści wyrażonych zgód * Treści incydentów | * Treści zgłoszeń * Rodzaj świadczenia zdrowotnego * Data i godzina świadczenia zdrowotnego * Materiał biologiczny pobrany do badania * Terminarz i historia wizyt * Przyczyna wizyty * Numer skierowania * Wniosek o dostęp do dokumentacji * Dodatkowe informacje opisowe * Właściciel numeru * Relacja rodzinna * Status społeczny * Kraj ubezpieczenia * Kwalifikacja na programy profilaktyczne * Data ostatniego kontaktu |