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
 |