



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W KURSIE
SZKOŁY RODZENIA
przy Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej**

Zgłaszam chęć udziału w kursie Szkoły Rodzenia, który rozpocznie się dnia	
<i>Imię i nazwisko ciężarnej</i>	
<i>Adres e-mail</i>	
<i>adres do korespondencji: ulica i nr domu/lokalu</i>	
<i>Nr telefonu</i>	
<i>Kod pocztowy</i>	<i>Miejscowość</i>
<i>Poczta</i>	
<i>przewidywana data porodu</i>	<i>data ostatniej miesiączki</i>
<i>Imię i nazwisko lekarza prowadzącego</i>	
<i>Która ciąża?</i>	<i>Miejsce planowanego porodu</i>
<p>Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych, oraz innych danych, w tym danych o stanie mojego zdrowia, które ujawnię prowadzącemu zajęcia pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w trakcie trwania kursu w celu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • organizacji i zapewnienia mi udziału w kursie • przyjęcia i rozliczenia należności za kurs • kontaktu z lekarzem prowadzącym ciążę • ustalenia zakresu ćwiczeń oraz ewentualnego ryzyka • przekazania informacji organizacyjnych, w tym o terminach spotkań 	
<i>Czytelny podpis ciężarnej</i>	
<p>Oświadczam, że zapoznałam się z umieszczoną na odwrotnej stronie niniejszego formularza informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz o przysługujących mi prawach w związku z tym przetwarzaniem.</p>	
<i>Czytelny podpis ciężarnej</i>	
<p>Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem Szkoły Rodzenia „BOBAS”, będę go przestrzegać, jestem świadoma zasad odpłatności oraz ewentualnych zwrotów i wpłaciłam kwotę 200 zł. na konto: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Tomysłu ul. Poznańska 30 64-300 Nowy Tomyśl 37 1020 4144 0000 6702 0007 0227 z dopiskiem:, opłata za kurs szkoły rodzenia – data</p>	
<i>Czytelny podpis ciężarnej</i>	

INFORMACJA DLA UCZESTNICZEK KURSÓW SZKOŁY RODZENIA

Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

im. doktora Kazimierza Hologii w Nowym Tomyślu

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej RODO) Szpital w Nowym Tomyślu informuje, iż:

1. **Administratorem** Pani danych jest Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej im. doktora Kazimierza Hologii w Nowym Tomyślu, ul. Poznańska 30, 64-300 Nowy Tomyśl, tel. (61) 4427301, Faks: (61) 4422152
2. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Piotr Lichtarowicz, ul. Sienkiewicza 3, 64-300 Nowy Tomyśl, p.lichtarowicz@szpital-nowytomysl.pl tel. (61) 442 74 66
3. Pani dane osobowe **przetwarzane będą w celu** profilaktyki zdrowotnej rozumianej jako rozpowszechnianie wiedzy o fizjologii ciąży, porodu oraz położu oraz propagowanie właściwych działań i zachowań zapewniających zdrowie ciężarnej i jej potomstwu, przygotowanie uczestniczących par do czynnego udziału w porodzie, aby zapewnić rodzicom i dziecku poczucie bezpieczeństwa, zmobilizowanie uczestniczek do wypracowania takiej sprawności fizycznej, która umożliwi utrzymanie równowagi wewnątrzustrojowej, pogłębianie dialogu rodziców ze szczególnym uwzględnieniem nawiązywania dialogu z dzieckiem w czasie ciąży i bezpośrednio po porodzie — na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h) jak również art. 9 ust. 2 lit. a) RODO
4. Podane przez Panią dane osobowe **nie będą udostępniane** oraz **nie będą przekazywane do państwa trzeciego**. Dane mogą zostać wykorzystane do kontaktu zatrudnionego przez Administratora pracownika wykonującego zawód medyczny (położnej lub fizjoterapeuty) z Pani lekarzem prowadzącym.
 1. Pani dane osobowe **będą przechowywane** przez okres:
 - 1) 10 dni po dniu porodu w przypadku porodu w Szpitalu w Nowym Tomyślu, lub
 - 2) 30 dni po planowanym terminie porodu w przypadku urodzenia dziecka w innym miejscu niż w Szpitalu w Nowym Tomyślu, lub
 - 3) przez okres przedawnienia roszczeń, o którym mowa w art. 118 Kodeksu Cywilnego, chyba, że bieg przedawnienia uległby przerwaniu, wówczas dane będą przechowywane do upływu okresu przedawnienia w przypadku powstania roszczeń z tytułu nieuiszczonej opłaty za kurs.
5. **Posiada Pani prawo** dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, kopiowania, a także w przypadku, gdyby zakwestionowała Pani ich prawidłowość, do ograniczenia przetwarzania przez okres pozwalający Administratorowi na sprawdzenie prawidłowości danych;
6. **Ma Pani również prawo** wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania, żądania jego zaprzestania, a także usunięcia danych;
7. **Posiada Pani prawo wniesienia skargi** do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych, gdy uzna Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pani dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
8. **Podanie przez Panią danych osobowych** jest dobrowolne
9. Pani dane **nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany** w tym również w formie profilowania