

	ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО	Документ No: HD-FR-828 Дата на редакция: 06.11.2024 Ревизия No: 00 Дата на ревизия: ... Страница No : 1/2
	ФОРМУЛЯР ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ	

В обхвата на Закона За Защита На Личните Данни (KVKK) с номер 6698 и Наредбата За Обработката и Осигуряването На Неприкосновеността На Личните Здравни Данни с номер 29863, в рамките на Özel Optimed Sağlık Hizmetleri е определен „Администратор на Лични Данни“.

Вашите лични данни ще бъдат записвани, съхранявани и актуализирани от лицето, което има титлата „Администратор на Лични Данни“, както е обяснено по-долу; могат да бъдат разкривани на трети страни (роднини на лицето което получава услугата и/или публични и/или частни юридически лица, на които получателят на услугата е служител/осигурено лице, други публични и/или частни юридически лица, трети страни, от които нашите дружества получават услуги или си сътрудничат, за да извършват своите дейности за целите, посочени в законодателството, което се прилага спрямо нашите дружества), класифицирани и обработвани по начините, изброени в Закона За Защита На Личните Данни и Наредбата с номер 29869, в случаите, когато законодателството или споразуменията са разрешени и/или необходими.

Лични Данни, Които Ще Бъдат Поискани;

- **Лични данни:** Всяка информация, свързана с идентифицирано или подлежащо на идентифициране физическо лице.
- **Специални лични данни:** Данни, свързани с раса, етнически произход, политически възгледи, философски убеждения, религия, секта или други вярвания, външен вид и облекло, сдружаване, членство в фондация или профсъюз, здравословно състояние, сексуален живот, присъда и мерки за сигурност, както и биометрични и генетични данни.

Цел и Правни Основания За Обработване На Лични Данни;

- Използване при преглед, диагностика, лечение, проследяване на пациента след лечението и популяризиране на услугите, които могат да се предлагат в рамките на обслужваната област,
- Организиране на всички записи и документи, които ще бъдат основание за предоставяните услуги в електронна (интернет, мобилна и др.) или хартиена среда,
- Предоставяне на Министерството на здравеопазването на Република Турция и на други публични институции и организации в съответствие със законодателството,
- Спазване на задълженията, предвидени в споразуменията, сключени с публичноправни и частноправни лица,
- Предоставяне на други поискани услуги,
- Изпълнение на изискванията на правните отношения с получателя на услугата.

Вашата информация може да бъде събрана устно, писмено или по електронен път чрез методи, като например нашите услуги, свързани с онлайн процедури на нашия уебсайт, услугите на нашия кол център, физически заявления, които сте подали в нашите болници.

При кандидатстване в болници, управлявани от Özel Optimed Sağlık Hizmetleri, Вашите лични данни;

- Може да научите дали са били обработени или не, и да поискате информация, ако са били обработени,
- да научите целта на обработката и дали тя се използва в съответствие с нейната цел,
- Искане на научаване, извършване на корекция, ако са непълни/неправилно обработени на 3-те лица, на които са предадени в страната/в чужбина.
- Искане на заличаване/унищожаване в рамките на условията, предвидени в член 7 от Закона За Защита На Личните Данни и член 9 от Наредбата с номер 29863,
- Искане на уведомяване за горепосочените операции на трети страни, на които се предава,
- Възражение срещу резултат, който е неблагоприятен за вас поради това, че е анализиран изключително от автоматични системи,

	ДОКУМЕНТИ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО	Документ No: HD-FR-828 Дата на редакция:06.11.2024 Ревизия No: 00 Дата на ревизия:.... Страница No : 2/2
	ФОРМУЛЯР ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ЗАЩИТА НА ЛИЧНИ ДАННИ	

• Ако претърпите щети поради незаконна обработка, имате право да поискате обезщетение за щетите.

Информацията и обясненията, посочени в този формуляр, ми бяха обяснени по правилен и разбираем начин от администратора на лични данни или от лица, работещи с негово знание,

С настоящото декларирам, че разбирам информацията, обясненията и правата, предоставени ми от Закона За Защита На Личните Данни (KVKK) с номер 6698 и Наредбата За Обработката и Осигуряването На Неприкосновеността На Личните Здравни Данни с номер 29863 и да записва, съхранява, актуализира и обработва лични данни в рамките на Закона За Защита На Личните Данни, Наредбата, Формуляра за информирано съгласие за защита на личните данни и друго приложимо законодателство и да бъдат обработвани по начините, изброени в Закона За Защита На Личните Данни и съответните регламенти; да предава обработваните по този начин лични данни на институциите и организациите, от които нашата институция получава услуги и с които си сътрудничи, за да извършва дейността си в съответствие с целите, посочени в законодателството на Болница Özel Optimed Sağlık Hizmetleri, с цел предоставяне на по-добри и качествени услуги и осигуряване на единство в практиката, с цел предоставяне на по-добри и качествени услуги, с цел предоставяне на други услуги, които могат да бъдат поискани от мен, за изпълнение на задълженията за съхранение на информация, докладване, информиране, предвидени в съответните законодателни разпоредби и съответните публични институции и организации, да бъдат използвани и съхранявани от Özel Optimed Sağlık Hizmetleri във всички видове маркетингови дейности, информация, промоции, проучвания, откриване, покани, събития и комуникационни дейности, освен ако не уведомя за друго и изрично приемам / не приемам, без да съм подложен на какъвто и да било натиск, да се свързвам с Özel Optimed Sağlık Hizmetleri чрез SMS, електронна поща, поща, телефон и всички видове средства за комуникация с мен и/или с лицата, които представлявам от името на които извършвам сделки във връзка с тези заявления;

☐ Приемам	☐ Не Приемам
----------------------------------	-------------------------------------

..../..../.....

Моите Роднини, На Които Давам Съгласие За Прехвърляне На Личните Ми Данни

.....

.....

Други частни юридически лица, на които давам съгласие за прехвърляне на личните ми данни (Попълва се от пациентите на институциите, с които е сключен договор)

.....

.....

Име Фамилия;
На Пациента:
Подпис:

Име Фамилия;
На Родител/Настойник На Пациента :
Подпис:
Дата/Час:

ПОТРЕБИТЕЛ, КОЙТО ОТПЕЧАТВА

ФОРМУЛЯРА



ДАТА НА ОТПЕЧАТВАНЕ НА ФОРМУЛЯРА



