

ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ

Ενημέρωση Τρφίμων

Σελ. 1 / 3

Η Μ.Φ.Η. ``ΒΑΣΙΛΙΚΗ Δ.ΣΩΣΣΙΔΟΥ`` διασφαλίζει το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των προσωπικών σας δεδομένων και υιοθετεί τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας των Προσωπικών Δεδομένων 679/2016 της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε όλες τις διαδικασίες και τα στάδια επικοινωνίας μαζί σας.

Με την ιδιότητα του Υπεύθυνου Επεξεργασίας **συλλέγει** και **αποθηκεύει** τα παρακάτω προσωπικά δεδομένα: (στοιχεία που δηλώθηκαν κατά την εισαγωγή σας από εσάς ή το/τη συνοδό σας (ονοματεπώνυμο, διεύθυνση, τηλέφωνο, επάγγελμα, ημερομηνία γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, ΑΦΜ, ΔΟΥ, ΑΜΚΑ κ.α.), κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την υγεία σας και την παροχή ιατρικής φροντίδας, τα αποτελέσματα των εξετάσεων (μικροβιολογικές, καρδιογράφημα κλπ) καθώς και στοιχεία σχετικά με τη διεκπεραίωση πληρωμών (π.χ. αριθμό τραπεζικού λογαριασμού, ύψος σύνταξης κλπ). Σκοπός της συλλογής των στοιχείων και της τήρησης τους είναι η παροχή υπηρεσιών γηροκόμησης και η διοικητική διαχείριση των υπηρεσιών αυτών.

ΧΡΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Μ.Φ.Η. , εγγυάται ότι δεν θα γίνει χρήση των Προσωπικών σας Δεδομένων για άλλους σκοπούς, πέρα από αυτούς που αναφέρονται στην παρούσα, χωρίς την εκ των προτέρων ενημέρωση, ή όπου απαιτείται, έγκρισή σας. Δεν μοιραζόμαστε προσωπικά δεδομένα με τρίτους που δεν είναι συνδεδεμένοι μαζί μας, εκτός αν κάτι τέτοιο απαιτείται για τους νόμιμους επαγγελματικούς μας σκοπούς και τις επιχειρηματικές μας ανάγκες, προκειμένου να ανταποκριθούμε στα αιτήματά σας ή/και εφόσον επιβάλλεται ή επιτρέπεται από το νόμο.

ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗΣ ΠΡΟΔΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δεσμευόμαστε να διατηρήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία σε ασφαλή χώρο με ελεγχόμενη πρόσβαση έως 20 έτη μετά την ολοκλήρωση της συνεργασίας μας. Μπορείτε να αιτηθείτε τη διαγραφή των προσωπικών σας δεδομένων σε συντομότερο χρονικό διάστημα, το οποίο θα τηρήσουμε, εφόσον αυτό δεν αντίκειται στην εθνική ή ευρωπαϊκή νομοθεσία.

ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Ενδέχεται να γνωστοποιήσουμε τα προσωπικά σας στοιχεία (συνολικά ή μέρος αυτών, όπως κάθε φορά απαιτείται) σε: α) όλα τα εξουσιοδοτημένα πρόσωπα της Μ.Φ.Η. π.χ. νομικούς συμβούλους, συνεργάτες μικροβιολόγους- ιατρούς, μέλη ΔΣ, β) στον ασφαλιστικό φορέα που δηλώσατε κατά την εισαγωγή σας, γ) σε δικαστικές ή και άλλες εποπτικές ή ελεγκτικές αρχές, π.χ. ΚΕΕΛΠΝΟ κλπ. στο πλαίσιο της δικαιοδοτικής τους αρμοδιότητας ή και δ) σε τρίτους που έχουν έννομο συμφέρον, για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων.

Στις περιπτώσεις αυτές η Μ.Φ.Η. διαβεβαιώνει, ότι είναι σε διαρκή επαγρύπνηση και λαμβάνει όλα τα απαιτούμενα μέτρα ασφαλείας, ώστε οι διαβιβάσεις των προσωπικών δεδομένων να πραγματοποιούνται με τον ασφαλέστερο δυνατό τρόπο.

ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η Μ.Φ.Η. εφαρμόζει εύλογες πολιτικές και διαδικασίες τεχνικής και οργανωτικής ασφαλείας προκειμένου να προστατεύει τα προσωπικά δεδομένα και πληροφορίες από απώλεια, κακή χρήση, μεταβολή ή καταστροφή.

Επιπλέον, η Μ.Φ.Η. διασφαλίζει ότι η πρόσβαση στα προσωπικά σας δεδομένα περιορίζεται σε όσους υπάρχει ανάγκη να λάβουν γνώση αυτών. Τα άτομα που έχουν πρόσβαση στα δεδομένα είναι υποχρεωμένα να τηρούν την εμπιστευτικότητα αυτών των δεδομένων.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΕΡΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ

Ενημέρωση Τρφίμων

Σελ. 2 / 3

Ανά πάσα στιγμή, εφόσον το επιθυμείτε, έχετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής των προσωπικών σας δεδομένων και το δικαίωμα περιορισμού και εναντίωσης προς την επεξεργασία τους. Έχετε επίσης το δικαίωμα να ζητήσετε τη μεταφορά των δεδομένων σας σε άλλον Υπεύθυνο Επεξεργασία.

Μπορείτε, οποιαδήποτε στιγμή, να ανακαλέσετε τη συγκατάθεση που παραχωρήσατε στην Μ.Φ.Η. για την επεξεργασία και την γνωστοποίηση των Προσωπικών Δεδομένων σας. Ωστόσο, πρέπει να κατανοήσετε ότι αυτή η απόσυρση δε θα επηρεάσει τη νομιμότητα της επεξεργασίας, που βασίζεται στη συγκατάθεσή σας για το διάστημα πριν την ανακαλέσετε.

Για την άσκηση όλων των παραπάνω δικαιωμάτων σας, μπορείτε να καταθέσετε σχετικό αίτημα είτε μέσω Αίτησης - Επιστολής στην έδρα της Μ.Φ.Η.ΒΕΡΟΙΑΣ (Γηροκομείου 12 - ΒΕΡΟΙΑ), είτε μέσω Ηλεκτρονικής Επιστολής (στο λογαριασμό Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου: girokomiov@gmail.com), αναφέροντας πάντοτε τα πλήρη στοιχεία σας και το λόγο επικοινωνίας σας με την Μ.Φ.Η.ΒΕΡΟΙΑΣ.

Στην περίπτωση άσκησης ενός εκ των ανωτέρω δικαιωμάτων σας, το γηροκομείο θα λάβει κάθε δυνατό μέτρο για την ικανοποίηση του αιτήματός εντός ενός μηνός από τη λήψη του, ενημερώνοντάς σας εγγράφως για την ικανοποίηση του αιτήματός σας ή για τους λόγους που εμποδίζουν την ικανοποίηση ενός ή και περισσότερων από αυτά, καθώς επίσης και για τους λόγους τυχόν καθυστέρησής μας πέραν του ως άνω χρονικού διαστήματος του ενός μηνός και πάντως όχι αργότερα από τρεις μήνες. Επίσης, η Μ.Φ.Η. θα σας ενημερώσει για τα περαιτέρω δικαιώματά σας σε περίπτωση μη προσήκουσας ανταπόκρισής του. Η πληροφόρηση αυτή κατ' αρχήν παρέχεται δωρεάν από το γηροκομείο υπό την επιφύλαξη το αίτημα για γνωστοποίηση και ενημέρωσή να μην ασκείται κατ' επανάληψη, καθ' υπερβολή ή/και να είναι προδήλως αδικαιολόγητο.

Εφόσον θεωρείτε ότι η Μ.Φ.Η.ΒΕΡΟΙΑΣ με οποιονδήποτε τρόπο παραβιάζει την κείμενη νομοθεσία περί προσωπικών δεδομένων, διατηρείτε το δικαίωμα να υποβάλετε παράπονο/καταγγελία στην αρμόδια Εποπτική Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων: <http://www.dpa.gr>, Κηφισίας 1-3, Τ.Κ. 115 23, Αθήνα, τηλ. 210 6475600, email: contact@dpa.gr.

Στην περίπτωση αυτή, θα εκτιμούσαμε ιδιαίτερα προηγούμενη επικοινωνία σας με τον Διευθυντή της Μ.Φ.Η.ΒΕΡΟΙΑΣ είτε με επιστολή στην έδρα (Γηροκομείου 12 - ΒΕΡΟΙΑ), είτε μέσω Ηλεκτρονικής Επιστολής (στο λογαριασμό Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου:) girokomiov@gmail.com, αναφέροντας πάντοτε τα πλήρη στοιχεία σας και το λόγο επικοινωνίας σας.

Έλαβα γνώση.

Όνοματεπώνυμο.....

Υπογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ

Ενημέρωση Τρφίμων

Σελ. 3 / 3

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ / ΠΑΡΑΔΟΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΡΟΦΙΜΟΥ: _____

Με την παρούσα επιστολή συναινώ η ενημέρωση / αποστολή / παραλαβή των προσωπικών μου δεδομένων να γίνει, με δική μου ευθύνη:

αντί εμού,

α) από ορισμένο άτομο: _____ τηλ.: _____
_____ τι : _____
_____ τ .: _____
_____ τ .: _____

β) με προσωπική επίδοση στη διεύθυνση: _____

γ) με αποστολή στο mail: _____

δ) με αποστολή στο fax: _____

ε) από τον θεράποντα ιατρό μου: _____

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΤΡΟΦΙΜΟΥ