**Karta informacyjna RODO**

**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PERCEPCJA Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Patriotów 179** adres e-mail: percepcja.info@gmail.com, numer telefonu 602741449, posiadająca numer NIP: 9522165785.

**Ma Pani/Pan prawo do** dostępu do swoich danych, ich poprawiania, żądania ich usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu co do przetwarzania danych oraz prawo przenoszenia danych. Przysługuje Pani/Pan również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, jeżeli Pani/Pana dane są przetwarzane niezgodnie z wymogami prawnymi.

**Dane będą przetwarzane w celu** zawarcia i wykonywania umowy zawartej z Administratorem, w celu realizacji diagnozy, terapii, poradnictwa psychologiczno-pedagogicznego, rehabilitacji, w celach marketingowych
i informacyjnych oraz w celach niezbędnych do wykonania usługi, a także dokonania niezbędnych rozliczeń w związku z jej zawarciem.

**Podanie danych jest dobrowolne,** jednakże ich niepodanie będzie skutkowało niemożnością zawarcia umowy.

**Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych** w zakresie niezbędnym do zawarcia i wykonania umowy jest art. 6 ust. 1 lit. b rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO). Podstawą przetwarzania danych jest również art. 6 ust. 1 lit. f RODO, tj. prawnie uzasadniony interes Administratora polegający na zapewnieniu niezbędnych rozliczeń w związku z zawartą umową, badaniu satysfakcji oraz marketingu polegającym na promowaniu Administratora oraz jego usług.

**W zakresie, w jakim dane przetwarzane są na podstawie Pani/Pana odrębnej zgody, przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie.** Pozostanie to jednak bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.

**Odbiorcami danych osobowych będą:** Narodowy Fundusz Zdrowia, Biuro Edukacji m.st. Warszawy, podmioty zajmują się obsługą IT, administracyjno-księgową Administratora.

**Dane osobowe będą przetwarzane przez okres świadczenia usługi oraz czas konieczny do wykazania prawidłowego jej wykonania, a także wynikający z przepisów podatkowych.** Dane w zakresie wynikającym z przepisów podatkowych, będą przetwarzane przez okres 6 lat.

**Przysługuje Pani/Panu sprzeciw wobec przetwarzania swoich danych osobowych**, jeżeli Administrator przetwarza dane osobowe:

1. na potrzeby marketingu bezpośredniego; takiego sprzeciwu nie trzeba uzasadniać;
2. na podstawie innych prawnie uzasadnionych interesów Administratora; taki sprzeciw wymaga uzasadnienia Pani/Pana szczególną sytuacją.

Imię i nazwisko pacjenta …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon ………………………………………………………………. Adres e-mail: ……………………………………………………………………………

Nr PESEL ……………………………………………………………. Data urodzenia …………………………………. Miejsce …………………………

Adres, rodzaj, nr placówki edukacyjnej …………………………………………………………………………………………………………………

Powód zgłoszenie do Poradni PERCEPCJA ……………………………………………………………………………………………..………………

Warszawa, dn. ……………………………………………………… ……………………………………………………………

 (Podpis, a w przypadku osoby

 niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)

**WNIOSEK O RGANIZACJĘ WCZESNEGO WSPIERANIA ROZWOJU DZIECKA**

Imię i nazwisko dziecka ………………………………………………………Data i miejsce urodzenia……………………………………………

Miejsce zamieszkania………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL dziecka ……………………………………………………… nr telefonu kontaktowego …………………………………………………….

Imię i nazwisko matki ……………………………………………imię i nazwisko ojca ……………………………………………………………….

Miejsce zamieszkania rodziców ………………………………………………………………………………………………………………………………

Nr i data wydania opinii o potrzebie wczesnego wspierania rozwoju dziecka…………………………………………………………

Warszawa, dn. ……………………………………………………… ……………………………………………………………

 (Podpis, a w przypadku osoby

 niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)

**UPOWAŻNIENIE**

Upoważniam do odbioru mojego dziecka ………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko dziecka)

z Poradni Percepcja:

imię i nazwisko Nr dowodu osobistego

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………
2. …………………………………………………………………………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………………………………………………………………………

Warszawa, dn. ……………………………………………………… ……………………………………………………………

 (Podpis, a w przypadku osoby

 niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)

**OŚWIADCZENIE**

1. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie Poradni PERCEPCJA przez moje dziecko po zakończonych zajęciach terapeutycznych. Właściwe podkreślić.
2. Zapoznałam/em się z regulaminami i zasadami panującymi w Poradni Percepcja
 i je akceptację.
3. Oświadczam, że moje dziecko realizuje terapię na podstawie opinii WWRD tylko i wyłącznie w NPPP PERCEPCJA. Jeżeli dziecko zostanie wykazane przez inną placówkę terapeutyczną w ramach WWRD, zobowiązuję się do pełnego pokrycia kosztów odbytych zajęć terapeutycznych mojego dziecka w Poradnia PERCEPCJA.

