

### 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 zajmujące 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 ORGANIZACJĘ 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 akceptuję.
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 Poradni PERCEPCJA.

Warszawa, dn. ....

(Podpis, a w przypadku osoby  
niepełnoletniej podpis rodzica lub opiekuna ustawowego)