PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

En/Na       (en endavant, el pacient), major d’edat, amb DNI      , i domicili a efectes de notificacions a      , consent expressament i autoritza a **MURALLES SALUT, SLP** perquè realitzi el tractament de les dades que voluntàriament li cedeix, d'acord amb el Reglament General de Protecció de Dades (d'ara endavant, RGPD) 2016/679, de 27 d'abril de 2016, la Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació i de comerç electrònic (d'ara endavant, LSSICE) i altra legislació connexa.

**DADES DEL REPRESENTANT LEGAL** (omplir en cas de menors o incapacitacions):

Sr./a.      , amb DNI       i domicili a efectes de notificacions a      , en qualitat de       del pacient.

**MURALLES SALUT, SLP**, amb CIF B55580013, amb domicili a efectes de comunicacions a Tarragona, carrer Escultor Verderol s/n, manifesta que:

1. En virtut del que es disposa en els articles 37 i següents del RGPD té nomenat un Delegat de Protecció de Dades (d'ara endavant, DPD). Les dades del qual són:

Joan Haro Benavente – protecciodades@murallessalut.cat

1. Que no realitzarà cap transferència internacional de les dades obtingudes en virtut del present consentiment o com a conseqüència del tractament dels mateixos.
2. Que pot exercir el dret a sol·licitar l'accés a les dades personals, i a la seva rectificació o supressió, o la limitació del seu tractament, o a oposar-se al tractament, així com el dret a la portabilitat de les dades.
3. Que pot exercir el dret a presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades (www.agpd.es), en el supòsit que consideri vulnerats els seus drets.
4. Que no es prenen decisions automatitzes, ni s'elaboren perfils, a les quals es refereix l'article 22, apartats 1 i 4 del RGPD.
5. Que pot, en qualsevol moment, retirar el seu consentiment al tractament de les dades personals per part de **MURALLES SALUT SLP** amb la conseqüència que el centre no podrà continuar oferint els serveis assistencials sense el seu consentiment. Així mateix, la revocació del consentiment no afectarà a la licitud del tractament de dades basada en el consentiment abans de la seva retirada.
6. Les dades obtingudes es tractaran amb les següents finalitats:
7. Donar-li la millor assistència professional, administrativa i personal possible.
8. En cas que ho desitgi, comunicar / lliurar informació (administrativa i / o clínica) a vostè o les persones que autoritzi expressament, fins i tot via electrònica.
9. En cas que ho desitgi, comunicar fins i tot per mitjans electrònics, informació que pugui ser del seu interès sobre activitats o serveis relacionats amb el motiu de la seva visita a Muralles Salut, S.L.P. i/o els seus especialistes col·laboradors.
10. Control de qualitat i millora dels serveis valorats.
11. Informar-li de nous serveis, promocions i novetats de **MURALLES SALUT SLP** per mitjans electrònics.
12. **MURALLES SALUT SLP** conservarà la documentació administrativa i clínica dins el termini legal establert per la normativa d’aplicació, segons el cas, i d’acord amb la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d’informació concernent a la salut i l’autonomia del pacient.
13. Les següents entitats tindran accés a les dades obtingudes, en el marc dels contractes de prestació de serveis subscrits amb **MURALLES SALUT SLP**:
	1. CERBA INTERNACIONAL, SAE – NIF: A08559932 (anàlisis clíniques)
	2. INSTITUT DE DIAGNOSI PER LA IMATGE – NIF: Q5856249G
	3. CENTRE DE DIAGNOSI PER LA IMATGE, SL – NIF: B43362300
14. Li informem que a l’adreça <http://www.murallessalut.cat/avislegal.php> pot accedir a una informació més detallada de la nostra política en matèria de protecció de dades.

Estic informat/da de les condicions que m’han autoritzat a accedir a les dades de caràcter personal gestionades en els sistemes d’informació de **MURALLES**.

**LLIURAMENT D’INFORMACIÓ A PERSONES AUTORITZADES**

El pacient autoritza a les següents persones i en particular al familiar/persona que signa com a "Responsable del pacient" a sol·licitar i rebre en nom del propi pacient informació/documentació administrativa i/o clínica derivada de la seva visita:

1.

2.

3.

**MENORS D’EDAT ACOMPANYATS PEL REPRESENTANT LEGAL**

**MURALLES SALUT SLP** fomenta i protegeix les relacions paternofilials juntament amb el degut respecte a la confidencialitat de les dades personals dels menors d'edat i els seus progenitors, garantint que cap persona no autoritzada pot accedir a aquestes dades.

Així mateix, el progenitor que acompanya al menor durant la seva visita, autoritza expressament l'altre progenitor que pugui tenir accés a la informació i documentació administrativa i/o clínica derivada de la visita del menor al centre.

Si té coneixement que l'altre progenitor està privat de la representació legal del menor, si us plau poseu-ho en el nostre coneixement juntament amb la documentació que acrediti aquesta situació, en cas de disposar-ne:

[ ]  Aporta documentació [ ]  No aporta documentació 1

**AUTORITZACIÓ ENVIAMENT DOCUMENTACIÓ CLÍNICA**

[ ]  **NO AUTORITZO** a comunicar a la meva entitat asseguradora dades personals, optant en conseqüència a abonar directament el cost dels serveis prestats al centre.

**[ ]  AUTORITZO** a **MURALLES SALUT, SLP** a facilitar a la meva companyia d’assegurances      , tota aquella informació mèdica i administrativa que aquesta sol·liciti per poder procedir a la facturació dels serveis assistencials rebuts, l’abast d’aquesta autorització queda estrictament limitat a la documentació directament relacionada amb el servei assistencial subjecte a la cobertura de      , quedant explícitament excloses d’aquesta autorització els antecedents personals i altres dades mèdiques no relacionades amb l’acte o prestació assistencial, i amb el fet que origini la responsabilitat de la companyia asseguradora.

**ALTRES**

[ ]  **NO DESITJO** rebre comunicacions informatives o publicitàries dels serveis que em puguin oferir el centre i/o els seus especialistes col·laboradors.

Tarragona, a       d      de 20

Signatura pacient Signatura tutor / representant legal

Nom i cognoms: Nom i cognoms:

DNI: DNI:

1 S’informa que el fet de no presentar cap documentació no evitarà que l’altre progenitor pugui accedir a les dades del menor, fins que no es provi la privació de representació legal.