

....., dn.....
(miejscowość, data)

ZGODA NA ŚWIADCZENIE USŁUG PSYCHOLOGICZNYCH/PSYCHOTERAPII

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia:.....

Adres:.....

PESEL:.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail:.....

Dane osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku.....

.....

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na objęcie konsultacją psychologiczną/psychoterapią w ramach gabinetu **KOMPAS Psychoterapia Kinga Ostrowska-Magoń** z siedzibą w Rzeszowie.

Dane gabinetu:

Adres siedziby: 35-074 Rzeszów, ul. Piłsudskiego 31, pok. 318

NIP: 813-364-94-88

REGON: 522974590

Zgoda na objęcie konsultacją psychologiczną/psychoterapią jest równoznaczna z zaakceptowaniem warunków świadczenia usług przez gabinet.

Warunki świadczenia usług:

1. Czas trwania sesji (stacjonarnie/online) wynosi: **50 min.**
2. Odpłatność za sesję wynosi **200 zł** - płatne gotówką lub bezgotówkowo BLIKIEM/przelewem na konto o nr: **46 1050 1562 1000 0097 6286 1640**. Płatne najpóźniej w dniu sesji. Przy płatności przelewem tradycyjnym środki powinny być uznane na rachunku przed rozpoczęciem wizyty.
3. Pacjentowi przysługuje możliwość nieodpłatnego odwołania sesji z wyprzedzeniem 24 godzin. **Niepojawienie się na wizycie lub odwołanie jej na krócej niż 24 godziny przed jej rozpoczęciem skutkuje koniecznością wniesienia 100 % wartości ustalonej opłaty za wizytę.**

4. W przypadkach losowych (w szczególności w przypadku wystąpienia siły wyższej) terapeuta ma prawo odstąpić od pobrania opłaty za spotkanie, na które Państwo nie dotarliście. Decyzja w tym zakresie należy do terapeuty.
5. Spóźnienie się na wizytę skutkuje skróceniem trwania sesji, w szczególnych okolicznościach, po uzgodnieniu z terapeutą, istnieje możliwość przełożenia wizyty na inny dzień lub realizacji spotkania w formie on-line.

Komunikacja między sesjami w sprawie terminów odbywa się telefonicznie pod numerem: **+ 48 537-759-307**.

Za przygotowanie opinii opisowych (m.in. do placówek edukacyjnych, sądu) w ramach gabinetu obowiązuje odpłatność **200 zł**. Zaświadczenia nieopisowe o uczestnictwie w terapii/konsultacjach wydawane są bezpłatnie.

Miejsce, data:.....Podpis pacjenta.....

KLAUZULA RODO

KOMPAS Psychoterapia Kinga Ostrowska-Magoń
35-074 Rzeszów, ul. Piłsudskiego 31, pok. 318
kompas.psychoterapia@gmail.com
Tel: + 48 537-759-307

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez gabinet

KOMPAS Psychoterapia Kinga Ostrowska-Magoń

w zakresie potrzebnym do realizacji świadczonych usług dotyczących konsultacji psychologicznych oraz sesji terapeutycznych. Przetwarzanie obejmuje także dane osobowe mnie jako pacjenta, uzyskane podczas sesji prowadzonej online.

Niniejsza zgoda może być w dowolnym momencie cofnięta przez wysłanie wiadomości e-mail na adres kompas.psychoterapia@gmail.com lub przez oświadczenie złożone na piśmie wysłane na adres gabinetu podany wyżej.

Informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest: KOMPAS Psychoterapia Kinga Ostrowska-Magoń, 35-074 Rzeszów, ul. Piłsudskiego 31, pok. 318; kompas.psychoterapia@gmail.com; tel: + 48 537-759-307;

– zwany dalej Administratorem

2. Administrator prowadzi operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych:

-Imię i nazwisko

- Adres zamieszkania
 - Data urodzenia
 - Telefon
 - PESEL
 - E-mail
 - Dane klienta będącego pod Pani/Pana opieką prawną*
 - Dane osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku
- (* jeśli dotyczy)

3. Pani/Pana dane osobowe (oraz osoby będącej pod Pana/i opieką prawną*) objęte są tajemnicą zawodu psychoterapeuty. Przetwarzane będą w celu prowadzenia dokumentacji psychologicznej, prowadzenia sesji w gabinecie oraz online i wystawiania rachunków. Z wyjątkiem pisemnego nakazu sądowego uchylenia tajemnicy zawodu psychoterapeuty lub sytuacji bezpośredniego lub pośredniego zagrożenia życia lub zdrowia, które należy zgłosić odpowiednim służbom, żaden inny podmiot zewnętrzny nie jest odbiorcą Pani/Pana danych z wyjątkiem:

– sytuacji korzystania z usługi sesji online przez komunikator GoogleMeet, Whatsapp lub inny – **KOMPAS Psychoterapia Kinga Ostrowska-Magoń** zobowiązuje się do wykonania usługi z poszanowaniem prywatności rozmowy przez wybrany komunikator, lecz nie gwarantuje bezpieczeństwa danych w przestrzeni Internetowej.

4. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – Dz.U.UE.L.2016.119.1 z późn. zm.

5. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. W przypadku niepodania danych, niemożliwe jest zawarcie umowy o świadczenie usług konsultacji psychologicznych oraz sesji terapeutycznych i innych dokumentów zawierających dane osobowe i wszelkich czynności z nimi związanych.

6. Przysługuje Pani/Panu:

- prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
- prawo do żądania sprostowania (poprawiania) swoich danych, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania,
- prawo do przeniesienia danych osobowych,
- prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
- prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia (w Polsce jest to Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa),
- cofnięcia wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.

7. Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez Administratora przez okres 2 lat od ostatniej wizyty. W przypadku nieuzyskania zgody na dalsze przechowywanie danych, ulegną one zniszczeniu

Miejsce, data:.....Podpis Pacjenta.....