

FORMULARZ ZAPISU I UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG LOGOPEDYCZNYCH

Zawarta w Słomnikach w dniu

I. DANE STRON I PACJENTA

GABINET (Zleceniobiorca):

Logolis Anna Lis ul. Żeromskiego 2, Słomniki, Poland, 32-090 NIP 6821808226

RODZIC/OPIEKUN PRAWNY

(Zleceniodawca):..... (Imię i nazwisko, PESEL,
adres zamieszkania, telefon, e-mail) **PACJENT**

(Dziecko):..... (Imię
i nazwisko, data urodzenia, PESEL)

II. PRZEDMIOT UMOWY I ORGANIZACJA ZAJĘĆ

1. Strony nawiązują współpracę w zakresie diagnozy i terapii logopedycznej/neurologopedycznej dziecka.
2. Rodzaj zajęć:
3. Zajęcia odbywają się z częstotliwością 1x na 3 tygodnie. Czas trwania jednej sesji wynosi 20 minut.
4. Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się z aktualnym **Cennikiem** oraz **Regulaminem Gabinetu** i akceptuje ich postanowienia, w szczególności zasady odwoływania wizyt.
5. Zleceniodawca zobowiązuje się do systematycznej pracy z dzieckiem w domu według zaleceń terapeuty.

III. WYWIAD WSTĘPNY (SKRÓCONY)

- **Powód zgłoszenia:**.....
- **Przebieg ciąży/porodu (czy wystąpiły komplikacje?):**.....
- **Rozwój ruchowy (siadanie, raczkowanie, chodzenie):**.....

- **Alergie / Choroby przewlekłe / Przyjmowane leki:**.....
- **Diagnozy innych specjalistów (psycholog, neurolog, laryngolog):**.....

IV. SYSTEM ZGÓD I OŚWIADCZEŃ (Zaznacz właściwe)

- ☐ **Zgoda na terapię:** Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w procesie diagnozy i terapii logopedycznej prowadzonej przez Gabinet.
- ☐ **Praca interdyscyplinarna:** Wyrażam zgodę na wymianę informacji o postępach i stanie zdrowia dziecka pomiędzy specjalistami pracującymi w Gabinetcie (np. psychologiem, terapeutą TUS) w celu planowania kompleksowej terapii.
- ☐ **Nagrywanie (cel terapeutyczny):** Wyrażam zgodę na utrwalanie obrazu i dźwięku podczas sesji wyłącznie w celach diagnostycznych, superwizyjnych i instruktażowych dla rodziców.
- ☐ **Wizerunek (cel marketingowy):** Wyrażam **dobrowolną** zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego dziecka w mediach społecznościowych i na stronie www Gabinetu w celach promocyjnych.
- Zostałam/em poinformowany o prawie do wycofania zgody dot. nagrywania w każdym czasie oraz o stosowaniu przez Usługodawcę środków zabezpieczających nagrania
- ☐ **Lex Kamilek:** Oświadczam, że zapoznałem/am się z obowiązującymi w Gabinetcie **Standardami Ochrony Małoletnich**.
- ☐ **Rozpoczęcie świadczenia:** (W przypadku zapisu online) Żądam rozpoczęcia świadczenia usług przed upływem 14 dni od zawarcia umowy i przyjmuję do wiadomości utratę prawa do odstąpienia po pełnym wykonaniu usługi.

V. KLAUZULA INFORMACYJNA I ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH

Administrator: Administratorem danych osobowych Pani/Pana oraz dziecka jest
Gabinet Logopedyczny Logolis Anna Lis ul. Żeromskiego 2, Słomniki, Poland, 32-090
NIP 6821808226 Kontakt: Tel. 506737149

1. Cele i podstawy przetwarzania:

- Diagnostyka i terapia: Przetwarzanie danych o zdrowiu (dane wrażliwe) odbywa się w celu świadczenia usług zdrowotnych i prowadzenia dokumentacji na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h RODO.
 - Realizacja umowy: Przetwarzanie danych identyfikacyjnych i kontaktowych w celu realizacji niniejszej umowy (art. 6 ust. 1 lit. b RODO).
 - Obowiązki prawne: Przetwarzanie w celu wystawiania faktur i prowadzenia sprawozdawczości finansowej.
2. **Odbiorcy danych:** Dane mogą być przekazywane podmiotom świadczącym usługi księgowe, informatyczne (systemy do zarządzania gabinetem) oraz innym specjalistom współpracującym w ramach gabinetu (wyłącznie za odrębną zgodą lub na podstawie upoważnienia).
3. **Okres przechowywania (Retencja):**
- **Dokumentacja główna:** Co do zasady 20 lat (jako dokumentacja medyczna) lub 5-10 lat w przypadku praktyki prywatnej niebędącej podmiotem leczniczym.
 - **Nagrania sesji (diagnostyczne):** Do 1-2 lat od zakończenia celu, dla którego zostały wykonane (analiza postępów).
4. **Prawa:** Przysługuje Państwu prawo do dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (w zakresie nieobjętym obowiązkiem prawnym przechowywania), ograniczenia przetwarzania oraz cofnięcia zgód w dowolnym momencie.

..... (Podpis Rodzica/Opiekuna Prawnego)

.....(Podpis Pacjenta – nie dotyczy osób przed ukończeniem 16 r. ż.)

..... (Podpis Logopedy / Pieczęć Gabinetu)