

INFORMACJA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest jednoosobowa działalność gospodarcza **Psychologiczno - Terapeutyczna Pracownia Dobrych Dni Katarzyna Woś** z siedzibą w Mińsku Mazowieckim (05-300), ul. Sportowa 1c, tel. +48 602 436 667
2. Podanie przez Państwa imienia i numeru telefonu kontaktowego jest warunkiem zawarcia umowy o świadczenie usługi psychologicznej / terapeutycznej. W wypadku usługi na rzecz osoby niepełnoletniej dodatkowym warunkiem jest podanie pełnego imienia i nazwiska osoby niepełnoletniej i jej opiekuna prawnego.
3. Państwa dane są przetwarzane w zakresie niezbędnym do realizacji usługi przez okres obowiązywania umowy oraz czas wymagany do obrony przed ewentualnymi roszczeniami wobec usługodawcy, z uwzględnieniem okresów przedawnienia roszczeń określonych w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Podstawą prawną przetwarzania jest zgoda.
4. Jeśli wybrali Państwo pocztę elektroniczną jako formę kontaktu z usługodawcą, adres elektroniczny Państwa jest przetwarzany przez zewnętrzną firmę hostingową w ramach obsługi konta e-mail.
5. Państwa dane bez Państwa zgody nie będą udostępniane innym podmiotom. Szczególne kategorie danych osobowych (tzw. dane wrażliwe) mogą być przedmiotem rozmowy z terapeutą superwizującym jakość usługi, ale wówczas pozbawione są Państwa danych identyfikacyjnych oraz szczegółów pozwalających na identyfikację.
6. Przysługuje Państwu prawo do wycofania zgody na przetwarzanie, żądania dostępu do danych, poprawiania, przenoszenia, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

ZGODA NA OBJĘCIE DZIECKA POMOCĄ PSYCHOLOGICZNĄ I PRZETWARZANIE DANYCH

Wyrażam zgodę na objęcie pomocą psychologiczno- terapeutyczną przez mgr Katarzynę Woś

.....
Imię i nazwisko osoby niepełnoletniej

.....
*Nr telefonu osoby niepełnoletniej
(opcjonalnie)*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji usługi psychologiczno-terapeutycznej.

.....
Data

.....
Imię i nazwisko opiekuna prawnego

.....
*Nr telefonu opiekuna
prawnego*

.....
*Adres mailowy opiekuna prawnego
(opcjonalnie)*

.....
Podpis psychologa/terapeuty

.....
Podpis opiekuna prawnego