

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Εγώ ο/η... ..
δίδω ελεύθερα την συγκατάθεση μου στην εταιρεία **Doctors 24 Enterprises M.G.M.Limited** (στο εξής: Doctors 24), με έδρα την 93 Λεωφόρος Λάρνακος, 2102 Αγλαντζιά, Λευκωσία, αρ. επικοινωνίας 22024000 και email: info@doctors24.com όπως συλλέγει, εισάγει, αποθηκεύει στο λογισμικό της, τα ακόλουθα:

- **δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα** δηλαδή, πληροφορίες που αφορούν ταυτοποιημένα ή ταυτοποιήσιμα φυσικά πρόσωπα όπως για παράδειγμα όνομα, αριθμό ταυτότητας, διεύθυνση, ημερομηνία γέννησης, αριθμούς επικοινωνίας

ή/και

- **γενετικά δεδομένα** δηλαδή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τα γενετικά χαρακτηριστικά φυσικού προσώπου που κληρονομήθηκαν ή αποκτήθηκαν, όπως προκύπτουν, ιδίως από ανάλυση βιολογικού δείγματος του εν λόγω φυσικού προσώπου και τα οποία παρέχουν μοναδικές πληροφορίες σχετικά με την φυσιολογία ή την υγεία του εν λόγω προσώπου

ή/και

- **βιομετρικά δεδομένα** δηλαδή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που προκύπτουν από ειδική τεχνική επεξεργασία συνδεδεμένη με φυσικά, βιολογικά ή συμπεριφορικά χαρακτηριστικά φυσικού προσώπου και τα οποία επιτρέπουν ή επιβεβαιώνουν την αδιαμφισβήτητη ταυτοποίηση του εν λόγω φυσικού προσώπου, όπως εικόνες προσώπου ή δακτυλοσκοπικά δεδομένα

ή/και

- **δεδομένα που αφορούν την υγεία** δηλαδή, δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία σχετίζονται με την σωματική ή ψυχική υγεία ενός φυσικού προσώπου, περιλαμβανομένης της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, και τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους

Δηλώνω ότι σύμφωνα με τις πρόνοιες του Ευρωπαϊκού Κανονισμού 2016/679 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, έχω πληροφορηθεί για το δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης στις λεπτομέρειες των δεδομένων μου που είναι καταχωρημένα στο λογισμικό της Doctors 24. Έλαβα επίσης γνώσης του δικαιώματος διαγραφής τους, του δικαιώματος περιορισμού της επεξεργασίας όπως επίσης και του δικαιώματος φορητότητας των δεδομένων μου, τηρουμένων των προνοιών του Κανονισμού.

Έχω ενημερωθεί επίσης για το δικαίωμα μου να ανακαλέσω αυτή τον συγκατάθεση ανά πάσα στιγμή ώστε να τερματιστεί οποιαδήποτε διάδοση ή/και χρήση των προσωπικών μου δεδομένων από την Doctors 24; τηρουμένων των προνοιών του Κανονισμού.

*Έχω ενημερωθεί ότι για τους σκοπούς της πιο πάνω επεξεργασίας διορίστηκε ως Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων ο/η
.....(όνομα και στοιχεία επικοινωνίας)*

Έχω διαβάσει και έχω ενημερωθεί για το περιεχόμενο του παρόντος και ελεύθερα και με πλήρη επίγνωση αποδέχομαι και δίδω τη ρητή συγκατάθεση μου για τη νόμιμη επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν για τους σκοπούς που περιγράφονται πιο πάνω.

Όνοματεπώνυμο:

Αριθμός Ταυτότητας:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: