

**Ενημέρωση για την επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και Λήψη Συγκαταθέσεων**

**Δηλώνω ότι:**

1. Πριν τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου, μου χορηγήθηκε από τις συστεγαζόμενες εταιρίες «LASERVISION.GR Ιδιωτική Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας Ιατρική Μονοπρόσωπη Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης» («LaserVision») και «Οξύνοια Εξειδικευμένη Διάγνωση & Θεραπεία, Ιδιωτικό Οφθαλμολογικό Ιατρείο, Ιατρική Ιδιωτική Κεφαλαιουχική Εταιρεία» το έγγραφο «**Ενημέρωση για την Επεξεργασία Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα**». Επιπλέον, μου γνωστοποιήθηκε ότι το ανωτέρω έντυπο και η Γενική Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων των άνω εταιριών είναι διαθέσιμα στην έδρα τους (Αν. Τσόχα 17, Αθήνα, στον χώρο υποδοχής) και διαδικτυακά, στις ιστοσελίδες [www.laservision.gr](http://www.laservision.gr) και [www.oxynoia.gr](http://www.oxynoia.gr)

2. **Κατανοώ** ότι το ανωτέρω έντυπο ενημέρωσης περιλαμβάνει τους όρους σύμφωνα με τους οποίους θα διενεργείται η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού μου χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων υγείας μου, αυτών που περιέχονται στο παρόν και εκείνων που νόμιμα θα συλλεχθούν και θα περιέλθουν σε γνώση της LaserVision και της Οξύνοια, στο πλαίσιο και για τους σκοπούς προληπτικής ιατρικής, ιατρικής διάγνωσης, παροχής υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας και εξυπηρέτησης της συμβατικής μας σχέσης. Ειδικότερα, περιγράφονται τα δεδομένα προσωπικού μου χαρακτήρα που η LaserVision και η Οξύνοια επεξεργάζονται, η νομιμότητα και οι σκοποί της επεξεργασίας, τα πρόσωπα στα οποία τα δεδομένα μου μπορεί να διαβιβαστούν, ο τρόπος και χρόνος φύλαξης τους, καθώς και τα δικαιώματά μου επ' αυτών και ο τρόπος άσκησης τους.

3. Τους όρους του ανωτέρω εντύπου ενημέρωσης έχω **διαβάσει στο σύνολό τους, κατανοώ και αποδέχομαι, αναγνωρίζω** δε ότι αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του παρόντος εντύπου.

4. Έχω ενημερωθεί ότι τα υπό την επεξεργασία των άνω εταιριών δεδομένα υγείας μου προστατεύονται και από το ιατρικό απόρρητο κατά τα ιδιαίτερα προβλεπόμενα στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπως ισχύει.

5. Έχοντας λάβει γνώση της ανωτέρω ενημέρωσης και με πλήρη επίγνωση των νόμιμων δικαιωμάτων μου, ρητά και ανεπιφύλακτα **δηλώνω**, επίσης, ότι:

- **ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΜΑΙ** στην καταγραφή με ηλεκτρονικά μέσα της οφθαλμολογικής μου εξέτασης, χωρίς να προκύπτει η ταυτότητά μου, για στατιστικούς, ερευνητικούς ή επιστημονικούς σκοπούς.

Από τη LaserVision  **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**  
Από την Οξύνοια  **ΝΑΙ**  **ΟΧΙ**

- **ΣΥΓΚΑΤΑΤΙΘΕΜΑΙ** στη λήψη έντυπων, τηλεφωνικών ή ηλεκτρονικών μηνυμάτων για τους εξής σκοπούς:

	Από τη LaserVision		Από την Οξύνοια	
Ενημέρωση για την παροχή υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και λοιπές δραστηριότητες της εταιρίας.	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>
Ενημέρωση για επιστημονικές και άλλες εξελίξεις στον τομέα της οφθαλμολογίας.	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>
Λήψη ενημερωτικών δελτίων (newsletters) σε τακτική ή έκτακτη βάση.	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΝΑΙ</b>	<input type="checkbox"/> <b>ΟΧΙ</b>

Επιθυμώ η ενημέρωσή μου για τους ανωτέρω σκοπούς να διενεργείται μέσω:

- Τηλεφώνου  Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email)  
 Μηνύματος Κειμένου (SMS)  Ταχυδρομείου

6. Κάθε παρεχόμενη με το παρόν συγκατάθεσή μου ισχύει μέχρι την ανάκλησή της. **Ενημερώθηκα** ότι **ανάκληση της συγκατάθεσής** μου μπορεί να γίνει οποτεδήποτε με σχετικό έγγραφο που υποβάλλεται στην έδρα των εταιριών, οδός Τσόχα αρ. 15-17, Αθήνα (στη γραμματεία ή ταχυδρομικά) ή ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [dataprivacy@laservision.gr](mailto:dataprivacy@laservision.gr) ή [dataprivacy@oxynoia.gr](mailto:dataprivacy@oxynoia.gr) και ισχύει από την ημερομηνία υποβολής του και εφεξής.

7. Με το παρόν εξουσιοδοτώ τ.... του ..... , όπως στην πρώτη σελίδα του εντύπου αναγράφεται, να παραλαμβάνει, αντ' εμού και για λογαριασμού μου, από τη LaserVision και την Οξύνοια τα αποτελέσματα των κλινικών εξετάσεών μου και εν γένει κάθε σχετιζόμενο με τις παρεχόμενες προς εμένα υπηρεσίες διάγνωσης και θεραπείας έγγραφο.

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: