

IMPULS nadační fond - Souhlas se zpracováním osobních údajů v registru pacientů s roztroušenou sklerózou v České republice

Název a popis projektu: **Registr pacientů s roztroušenou sklerózou v České republice (ReMuS)**

Jméno pacienta:

Datum narození:

Jméno zákonného zástupce* :

V souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a dalších právních předpisů, tímto **výslovně souhlasím** s tím, aby **IMPULS, nadační fond**, IČO 261 69 428, se sídlem Praha 2, Kateřinská 30, PSČ 128 08, zapsaný v nadačním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl N, vložka 325 (dále jen „**IMPULS**“), shromažďoval, zpracovával a uchovával některé mé osobní údaje (včetně citlivých údajů) v registru pacientů s roztroušenou sklerózou v České republice (dále jen „**ReMuS**“), včetně rodného čísla a údajů o mém zdravotním stavu, a to způsobem, v rozsahu, za účely a podmínek uvedených v Informaci o nakládání s osobními údaji v souvislosti s registrem pacientů s roztroušenou sklerózou (ReMuS) v České republice (dále jen „**Informace**“).

Tento souhlas uděluji nadačnímu fondu IMPULS na dobu trvání mého života.

Potvrzuji, že:

- jsem byl(a) jsem podrobně informován(a) o cílech a účelech zpracování mých osobních údajů v registru ReMuS;
- jsem porozuměl(a) tomu, že poskytnutí souhlasu se zpracováním mých osobních údajů v registru ReMuS je dobrovolné a že mohu jednou udělený souhlas kdykoliv odvolat, a to aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mého dalšího léčení;
- beru na vědomí, že s poskytnutím souhlasu se zpracováním mých osobních údajů v registru ReMuS a následným shromažďováním, zpracováváním a uchováváním mých osobních údajů v registru ReMuS není spojeno poskytnutí žádné odměny;
- jsem se před podpisem tohoto souhlasu seznámil(a) s Informací ve znění ke dni podpisu tohoto souhlasu, která obsahuje také poučení o mých právech v souvislosti se zpracováním mých osobních údajů. Před podpisem jsem byl(a) rovněž informován(a), že aktuální znění Informace mohu kdykoliv získat na následujících webových stránkách: <http://www.multiplesclerosis.cz/>

Podpis pacienta / zákonného zástupce pacienta* :

.....Datum:.....

Podpis lékaře, který informoval pacienta o tomto projektu:

.....Datum:.....

* Uvedte v případě osob mladších 18 let nebo osob s omezenou způsobilostí k právním úkonům