



Συγκατάθεση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό
Κανονισμό 2016/679

Όνοματεπώνυμο Ιατρού	Email

Σκοπός της παρούσας συμφωνίας είναι η επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων των συνεργαζόμενων ιατρών και των ασθενών τους από το "istolab," προκειμένου να αποστέλλονται άμεσα και αποτελεσματικά οι εκθέσεις αποτελεσμάτων στους ίδιους.

Εξετάζοντας όλες τις νομικές απαιτήσεις σύμφωνα με τον κανονισμό για τα προσωπικά δεδομένα 2016/679, δίνω τη συγκατάθεσή μου στο "istolab" με έδρα: ΤΣΙΜΙΣΚΗ 33, ΑΦΜ:801485188 για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων, καθώς και την ανταλλαγή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που αφορούν τους ασθενείς μου.

Τα δεδομένα που συλλέγονται περιλαμβάνουν τα εξής:

- **Στοιχεία των συνεργαζόμενων ιατρών**, όπως όνομα, διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ταχυδρομική διεύθυνση, πόλη, τηλέφωνο.
- **Στοιχεία των ασθενών των ιατρών**, όπως όνομα, διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, ταχυδρομική διεύθυνση, πόλη, τηλέφωνο, **με σκοπό την ενημέρωση του συνεργαζόμενου ιατρού.**

Όλα τα προσωπικά δεδομένα επεξεργάζονται από εξουσιοδοτημένο προσωπικό αποκλειστικά και μόνο για τον σκοπό της διαχείρισης προσωπικών δεδομένων. Το "istolab" δεσμεύεται να προστατεύσει την ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων με τη χρήση ποικίλων τεχνολογιών ασφαλείας, πολιτικών ασφαλείας πληροφοριακών συστημάτων και διαδικασιών που εμποδίζουν τη μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση.

Όλα τα προσωπικά δεδομένα διατηρούνται εντός του "istolab" και δεν διαβιβάζονται σε τρίτους. Η χρονική διάρκεια τήρησης των αρχείων είναι **δέκα έτη** τόσο σε έντυπη όσο και ηλεκτρονική μορφή.

Ο ιατρός έχει το δικαίωμα να απευθυνθεί στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων (ΥΠΔ) του "istolab" για οποιοδήποτε θέμα αφορά την επεξεργασία των δεδομένων του. Ο ΥΠΔ μπορεί να σας εξυπηρετήσει στο τηλέφωνο 2311292924 ή μέσω email στη διεύθυνση info@istolab.gr.

Εκφράζω την συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από το "istolab" σύμφωνα με τους προαναφερθέντες όρους και προϋποθέσεις.

Επισημαίνεται ότι η παρούσα συγκατάθεση ισχύει από τη στιγμή της υπογραφής μου και για το χρονικό διάστημα που καθορίζεται στο κείμενο, εφόσον δεν ανακληθεί γραπτώς από εμένα.

Υπογραφή: _____

(Όνοματεπώνυμο και ημερομηνία)