



UMOWA NR _____

**o użyczenie opaski życia oraz świadczenie usług Teleopieki
w ramach projektu „Korpus Wsparcia Seniorów – moduł II” na rok 2025**

zawarta dnia ____ / ____ 2025 r. w _____, pomiędzy

Gminą Mińsk Mazowiecki z siedzibą w Mińsku Mazowieckim, ul. J. Chełmońskiego 14,
05-300 Mińsk Mazowiecki, NIP: 822 214 65 76, reprezentowaną przez Sławomira
Barankiewicza – Dyrektora Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej, ul. 11 Listopada 10,
05-300 Mińsk Mazowiecki,

NIP: 822 15 25 691 zwaną w dalszej części Umowy **GMINĄ** lub **UŻYCZAJĄCYM**;

a

PANEM/PANIĄ _____

zamieszkałym/ą w _____ (05-300 Mińsk Mazowiecki) przy ul.

_____ nr domu _____ nr mieszkania _____

posiadającym numer PESEL: _____

zwanym/ą w dalszej części Umowy **Odbiorcą wsparcia**

zwanymi łącznie w dalszej części Umowy **Stronami**, a każda z osobna **Stroną**.

W związku z zakwalifikowaniem Odbiorcy wsparcia do udziału w projekcie „Korpus Wsparcia Seniorów 2025 r. – Moduł II”, którego realizatorem jest Gmina, zwanego dalej „**Projektem**”, Strony zgodnie postanawiają zawrzeć Umowę o następującej treści:

§ 1

1. Przedmiotem niniejszej Umowy jest użyczenie urządzenia, tj. opaski monitorującej stan zdrowia, tzw. opaski bezpieczeństwa (dalej „Opaska”) o numerze:

IMEI _____; **model:** Sidly Care
PRO,

wyposażonej w gniazdo na kartę SIM wraz z ładowarką sieciową, gwarancją i oryginalnym opakowaniem oraz bezpłatne świadczenie usługi Teleopieki („Usługa teleopieki”) na rzecz Odbiorcy wsparcia.

2. Urządzenie, o którym mowa w ust. 1, przez cały okres obowiązywania niniejszej Umowy stanowi własność Gminy.

§ 2

Odbiorca wsparcia oświadcza, że:

1. nie występują żadne przeszkody techniczne, które uniemożliwiałyby lub utrudniały świadczenie usługi Teleopieki,
2. nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych /zdrowotnych do korzystania przez niego z usługi Teleopieki,
3. wszystkie dane zawarte w dokumentacji przedłożonej w toku naboru do Projektu, a także wszelkie złożone przez niego oświadczenia są zgodne z prawdą oraz nadal aktualne,
4. zapoznał się z Regulaminem projektu oraz postanowieniami niniejszej Umowy, akceptując wszystkie ich zapisy oraz zobowiązuje się do ich stosowania.

§ 3

Niniejsza Umowa zostaje zawarta na okres od dnia _____ 2025 r.
do 31 grudnia 2025 r.

§ 4

Przekazanie Opaski Odbiorcy wsparcia przez wskazanego przedstawiciela Gminy zostanie potwierdzone Oświadczeniem, którego wzór stanowi **Załącznik nr 1** do niniejszej Umowy.

§ 5

1. W celu prawidłowej realizacji Umowy Odbiorca wsparcia zobowiązuje się do dostarczenia w ciągu 7 dni od dnia zawarcia niniejszej Umowy Oświadczenia osoby (przedstawiciela ustawowego) wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki o obowiązku zwrotu Opaski w przypadku śmierci Odbiorcy wsparcia lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski według wzoru stanowiącego **Załącznik nr 2** do niniejszej Umowy.
2. Uczestnik zobowiązuje się do:
 - a. korzystania z Opaski w sposób zgodny z przeznaczeniem, dbania o stan fizyczny powierzonej Opaski i utrzymania jej w stanie technicznym, jaki prezentuje w dniu jego wydania,

- b. nie usuwania/nie wyciągania samodzielnie karty SIM umieszczonej w Opasce. Uczestnik oświadcza i rozumie, że usunięcie karty SIM z Urządzenia pozbawia go możliwości kontaktu z centrum teleopieki, a w konsekwencji możliwości uzyskania pomocy,
 - c. niewykorzystywania Urządzenia do wykonywania połączeń z centrum teleopieki w sytuacjach niewymagających natychmiastowej pomocy, jak również nie stanowiących zagrożenia dla zdrowia i życia Uczestnika.
- 3. W przypadku utraty lub uszkodzenia Opaski, Odbiorca wsparcia ma obowiązek niezwłocznego informowania o tym fakcie wskazanego przedstawiciela Gminy.
 - 4. Za uszkodzenia wynikłe z nieodpowiedniego korzystania z Opaski, winę ponosi Odbiorca wsparcia, on także pokrywa wszystkie koszty związane z naprawą sprzętu.
 - 5. W przypadku zawinionego całkowitego zniszczenia lub utraty Urządzenia Odbiorca wsparcia zobowiązany jest do zwrotu równowartości urządzenia.
 - 6. Odbiorca wsparcia nie ponosi odpowiedzialności za użytkowaną opaskę monitorującą stan zdrowia uszkodzoną w następstwie siły wyższej, zdarzenia zewnętrzne niemożliwe do przewidzenia lub w przypadku awarii opaski spowodowanej wadą ukrytą sprzętu.
 - 7. Odbiorca wsparcia zobowiązuje się do nie przekazywania Opaski osobom trzecim, jak również nie wywożenia Urządzenia poza terytorium Polski.
 - 8. Odbiorca wsparcia przyjmuje do wiadomości, że świadczenie Usługi teleopieki odbywa się na terenie Polski, natomiast nie obejmuje usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 6

- 1. Korzystanie z Usługi teleopieki jest dobrowolne.
- 2. Odpowiedzialność Gminy z tytułu nieprawidłowego i niezgodnego z przeznaczeniem korzystania z Opaski jest wyłączona.
- 3. Gmina nie ponosi odpowiedzialności:
 - a. za korzystanie z Opaski w sposób niezgodny z przeznaczeniem,
 - b. z tytułu uszkodzenia lub uszczerbku na zdrowiu wynikającego z nieprawidłowego użytkowania Opaski,
 - c. w przypadku odłączenia Opaski z przyczyn leżących po stronie Uczestnika lub samodzielnego wyłączenia przez Uczestnika Opaski lub rozładowania Opaski w czasie świadczenia usługi,
 - d. w przypadku podania nieprawdziwych informacji dotyczących danych osobowych lub stanu zdrowia przez Uczestnika,
 - e. korzystania z Opaski przez inną osobę niż Odbiorca wsparcia.

4. Gmina nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 7

1. Umowa może zostać wypowiedziana w każdym momencie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
 - a. upływu okresu jej obowiązywania,
 - b. przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą zamieszkania Odbiorcy wsparcia,
 - c. objęcia Odbiorcy wsparcia stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
 - d. zgonu Odbiorcy wsparcia,
 - e. rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach projektu „Korpus Wsparcia Seniorów 2025 – moduł II”.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez Gminę w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
 - a. naruszenie przez Odbiorcę wsparcia postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Projektu,
 - b. trwałego uszkodzenia Opaski z winy Odbiorcy wsparcia.
4. Po zakończeniu okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, Odbiorca wsparcia zobowiązany jest zwrócić Gminie Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką sieciową w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku zgonu Odbiorcy wsparcia lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski przez Odbiorcę wsparcia (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Opaski zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez Odbiorcę wsparcia do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki (przedstawiciel ustawowy).
6. Użyczący oświadczą, iż zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe uczestnika oraz osób wskazanych przez uczestnika zgodnie z postanowieniami umowy, regulaminu oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich

danych oraz uchylecia dyrektywy 95/46/WE (dalej: RODO) a także z innymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, które chronią prawa osób, których dane dotyczą.

7. Odbiorca wsparcia oświadcza, iż wyraża zgodę na udostępnienie danych osobowych niezbędnych dla przygotowania i realizacji usługi podmiotowi SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa, który po udostępnieniu danych osobowych przez Użyczającego staje się odrębnym administratorem danych osobowych uczestników oraz osób wskazanych w rozumieniu przepisów art. 4 pkt. 7 RODO.

§ 8

1. Wszelkie zmiany niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Gmina zastrzega sobie prawo do kontroli realizacji postanowień niniejszej Umowy w miejscu zamieszkania Odbiorcy wsparcia.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
4. Osobami do kontaktu z Odbiorcami wsparcia w trakcie realizacji Umowy są wyznaczeni koordynatorzy: tel. kontaktowy: _____.

Gmina:

Uczestnik projektu:

Czytelny podpis Uczestnika

Załączniki:

Załącznik Nr 1 – Oświadczenie Odbiorcy wsparcia.

Załącznik Nr 2 – Oświadczenie osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki (przedstawiciela ustawowego).

Załącznik nr 3 – Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych Odbiorcy wsparcia/ przedstawiciela ustawowego, zawartych w Umowie.

Załącznik nr 4 – Karta pacjenta (wzór)

4. Gmina nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pokrywa kosztów nieuzasadnionego wezwania służb medycznych.

§ 7

1. Umowa może zostać wypowiedziana w każdym momencie z zachowaniem 7-dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy winno być sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsza Umowa ulega rozwiązaniu z chwilą:
 - a. upływu okresu jej obowiązywania,
 - b. przerwania uczestnictwa w projekcie w związku ze zmianą zamieszkania Odbiorcy wsparcia,
 - c. objęcia Odbiorcy wsparcia stałą pomocą opiekuńczo-leczniczą (świadczoną m. in. przez Dom Pomocy Społecznej),
 - d. zgonu Odbiorcy wsparcia,
 - e. rozwiązania lub wypowiedzenia umowy na zakup i dostawę Opasek monitorujących stan zdrowia wraz z kompleksową usługą całodobowego centrum teleopieki w ramach projektu „Korpus Wsparcia Seniorów 2025 – moduł II”.
3. Umowa może zostać rozwiązana przez Gminę w trybie natychmiastowym w następujących okolicznościach:
 - a. naruszenie przez Odbiorcę wsparcia postanowień niniejszej Umowy lub innych postanowień w ramach Projektu,
 - b. trwałego uszkodzenia Opaski z winy Odbiorcy wsparcia.
4. Po zakończeniu okresu, na jaki została zawarta niniejsza Umowa lub po rozwiązaniu Umowy z innych przyczyn, Odbiorca wsparcia zobowiązany jest zwrócić Gminie Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką sieciową w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku zgonu Odbiorcy wsparcia lub braku możliwości osobistego zwrotu Opaski przez Odbiorcę wsparcia (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zwrotu Opaski zgodnie z ust. 4 dokonuje osoba wskazana przez Odbiorcę wsparcia do kontaktu z pracownikiem centrum teleopieki (przedstawiciel ustawowy).
6. Użyczący oświadczą, iż zobowiązuje się przetwarzać dane osobowe uczestnika oraz osób wskazanych przez uczestnika zgodnie z postanowieniami umowy, regulaminu oraz rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich



Załącznik nr 1

do Umowy Nr 2025 r.

_____/_____/____/ 2025 r.

miejsowość, data

Odbiorca wsparcia

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel lub numer dowodu osobistego: _____

Numer telefonu: _____

OŚWIADCZENIE ODBIORCY WSPARCIA

Niniejszym oświadczam, że jako Odbiorca wsparcia odebrałam/ odebrałem Urządzenie, tj. opaskę bezpieczeństwa Sidly Care PRO z systemem teleopieki, przekazaną mi w ramach projektu „**Korpus Wsparcia Seniorów**” na 2025 rok oraz zostałam/ zostałem przeszkolony w zakresie korzystania z opaski bezpieczeństwa.

Zobowiązuje się do zwrotu Urządzenia z dniem zakończenia projektu, tj. 31 grudnia 2025 r. lub w wyniku wezwania do zwrotu przez Koordynatora Projektu (np. ze względu na niewłaściwe użytkowanie). W przypadku uszkodzenia opaski, zobowiązuję się powiadomić o tym w przeciągu 3 dni wskazanego Koordynatora Projektu w Gminie oraz dział serwisowy Sidly Sp. z o.o.

Informuję, że zostałem zapoznany z instrukcją obsługi Urządzenia.

Czytelny podpis Odbiorcy wsparcia



Załącznik nr 2
do Umowy Nr/ 2025

_____ / ____ / ____ / 2025r.

miejsowość, data

Opiekun faktyczny

(Osoba wskazana do kontaktu):

Imię i nazwisko: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer pesel lub numer dowodu osobistego: _____

Numer telefonu: _____

Dotyczy Odbiorcy wsparcia

Imię i nazwisko: _____

OŚWIADCZENIE

**osoby wskazanej do kontaktu z pracownikiem Centrum Teleopieki
(przedstawiciela ustawowego)**

Ja niżej podpisana/y _____ oświadczam, że w przypadku zgonu
imię i nazwisko

Odbiorcy wsparcia lub braku możliwości osobistego zwrotu opaski monitorującej ze względu na stan zdrowia przez Odbiorcy wsparcia (np. z powodu obiektywnych przeszkód natury zdrowotnej), zobowiązuje się zwrócić do Gminy (realizatora zadania: Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej przy ul. 11 Listopada 10 w Mińsku Mazowieckim) ww. Opaskę w oryginalnym opakowaniu wraz z instrukcją obsługi, kartą SIM, ładowarką w terminie kolejnych 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia przesłanek zwrotu urządzenia.

Czytelny podpis osoby wskazanej do kontaktu

Klauzula Informacyjna dla Użytkownika i Opiekunów

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chmielnej 2/31, 00-020 Warszawa (dalej: „Administrator”).
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pośrednictwem adresu mailowego: iod@sidly.org
3. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do wykonywania usługi teleopieki na rzecz Użytkownika na podstawie:
 - a) świadczenia usług z zakresu świadczeń medycznych (np. realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
 - b) gdy to konieczne, w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej (np. gdy będzie konieczne udzielenie Użytkownikowi niezwłocznej pomocy) – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO;
 - c) gdy jest to konieczne z uwagi na uzasadniony interes Administratora lub strony trzeciej (np. w przypadku dochodzenia ewentualnych roszczeń lub ochrony przed roszczeniami) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f oraz art. 9 ust. 2 lit. f RODO;
 - d) w celu kontaktu marketingowego, jednak tylko w przypadku wyrażenia przez Użytkownika i/lub Opiekuna zgody na ten cel – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO.
4. Obiorcą Pani/Pana danych osobowych jest każdorazowo podmiot świadczący usługę Teleopieki, w oparciu o powierzenie przetwarzania danych osobowych – na dzień złożenia oświadczenia jest nim SiDLY sp. z o.o., NIP: 7010435677.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być również upoważnieni pracownicy i współpracownicy Administratora, podmioty świadczące usługi na rzecz Administratora, z którymi zostały zawarte umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych oraz – gdy będzie to niezbędne dla świadczenia usług medycznych – podmioty świadczące takie usługi.
6. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez czas wykonywania umowy na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, przez czas wskazany w upoważnieniu osoby korzystającej z urządzenia Sidly lub do czasu odwołania upoważnienia nadanego przez osobę korzystającą z urządzenia Sidly, a następnie przez czas niezbędny do dochodzenia ewentualnych roszczeń.
7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do prawidłowego wykonania usług teleopieki.
8. Źródłem Pani/Pana danych osobowych jest podmiot, który zawarł umowę na świadczenie usług teleopieki i dostępu do systemu dla osób fizycznych, jak

również Karta Informacyjna Pacjenta wypełniona przez Odbiorcę wsparcia lub Opiekuna.

9. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo do:
- a) dostępu do danych osobowych oraz do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych osobowych lub do ich usunięcia;
 - b) jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody – do jej wycofania w dowolnym momencie;
 - c) wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
 - d) żądania przeniesienia danych osobowych, przeniesienie polega na otrzymaniu od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego i przesłaniu takich danych innemu administratorowi danych;
 - e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku uznania, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa.

....., dnia

(miejscowość)

.....

(podpis Odbiorcy wsparcia/ przedstawiciela ustawowego)

KARTA PACJENTA

teleopieki SiDLY

Dzień dobry! Miło nam powitać Cię w gronie podopiecznych SiDLY. Aby w pełni korzystać ze wszystkich funkcji opaski telemedycznej oraz teleopieki ratowników medycznych, prosimy Cię o wypełnienie poniższego formularza. Gwarantujemy, że Twoje dane pozostaną poufne, bezpieczne i nie zostaną udostępnione jakimkolwiek podmiotom trzecim bez Twojej zgody.

WYPEŁNIJ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Dane użytkownika

Imię																				
Nazwisko																				
PESEL																				
E-mail																				
Płeć	Kobieta	☐	Mężczyzna	☐	Waga (kg)		Wzrost (cm)													
Numer telefonu																				
Telefon stacjonarny																				



Adres zamieszkania

Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Ulica			
Numer domu		Numer mieszkania	
Kod pocztowy		Piętro	
		Numer klatki	

Wskazówki dojazdu dla
służb ratowniczych

Imię i nazwisko



Osoby do kontaktu

1

Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego
mieszkania / domu

Adres
zamieszkania

Dodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć

☐

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie. Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

2

Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego
mieszkania / domu

Adres
zamieszkania

Dodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć

☐

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie. Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

3 Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiadPosiada klucze do mojego
mieszkania / domuAdres
zamieszkaniaDodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć☐

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie. Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.



Wywiad medyczny

Choroby:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Alzheimer | ☐ Cukrzyca | ☐ Typ I | ☐ Typ II |
| ☐ Parkinson | ☐ Astma oskrzelowa | | |
| ☐ Aparat słuchowy | ☐ POChP | | |
| ☐ Nadciśnienie tętnicze | ☐ Nadczynność tarczycy | | |
| ☐ Niewydolność krążenia | ☐ Niedoczynność tarczycy | | |
| ☐ Wysoki poziom cholesterolu | ☐ Epilepsja | | |
| ☐ Migotanie przedsionków - UTRWALONE | ☐ Zaburzenia demencyjne | | |
| ☐ Migotanie przedsionków - NAPADOWE | | | |
| ☐ Inna arytmia | | | |
| ☐ Przebyty zawał serca, rok _____ | | | |
| ☐ Przebyty udar mózgu, rok _____ | | | |
| ☐ Wszczepiony rozrusznik | | | |
| ☐ Arytmia serca | | | |

Imię i nazwisko

**Inne choroby****Alergie (leki, pokarmy,
inne czynniki)****Ocena samodzielności**

Poruszanie się	☐ bez pomocy	☐ z chodzikiem	☐ o lasce
	☐ na wózku	☐ osoba leżąca	
Słuch	☐ dobry	☐ niedosłuch	☐ głuchota
Wzrok	☐ dobry	☐ niedowidzeni	☐ osoba niewidoma
Kontakt słowno-logiczny	☐ zachowany	☐ zróżnicowany	☐ niezachowany

**Miejsce przechowywania
dokumentacji medycznej****Miejsce przechowywania
leków**

np. pierwsza szuflada w komodzie pod telewizorem w salonie

Czy pacjent był zaszczepiony przeciw COVID-19?☐ Tak ☐ NieData ostatniego szczepienia
przeciw COVID-19 / / **Czy pacjent przeżył COVID-19?**☐ Tak ☐ Nie



Informacja o przyjmowanych na stałe lekach

Na nadciśnienie:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| ☐ Amlodipine | ☐ Lorista | ☐ Prenessa | ☐ Diured | ☐ Spironol |
| ☐ Amlopin | ☐ Nebilenin | ☐ Prestarium | ☐ Diuresin | ☐ Tertensif |
| ☐ Amlozek | ☐ TelmizekNebilet | ☐ Primacor | ☐ Diuver | ☐ Toramide |
| ☐ Axtil | ☐ Nedal | ☐ Tolucombi | ☐ Furosemid | ☐ Torsemed |
| ☐ Captopril | ☐ Noliprel | ☐ Tritace | ☐ Hydrochlorotiazyd | ☐ Trifas |
| ☐ Lacipil | ☐ Perindopril | ☐ Valsacor | ☐ Indapen | ☐ Polsar |
| ☐ Lecalpin | ☐ Piramil | ☐ Vivace | ☐ Toluralndix | ☐ Telmisartan |
| ☐ Lercan | ☐ Polpril | ☐ Co-Valsacor | ☐ Nonpres | ☐ Telmix |

Na niewydolność krążenia:

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Acard | ☐ Avedol | ☐ Concor | ☐ Plavix | ☐ Preductal |
| ☐ Acenocumarol | ☐ Bisocard | ☐ Eliquis | ☐ Polocard | ☐ Sintrom |
| ☐ Aspirin | ☐ Clexane | ☐ Neoparin | ☐ Pradaxa | ☐ Xarelto |

Antyarytmiczne:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Amiodaron | ☐ Beto | ☐ Bisoratio | ☐ Digoxin | ☐ Polfenon |
| ☐ Betaloc | ☐ Bibloc | ☐ Cordarone | ☐ Metocard | ☐ Rytmonorm |

Na cholesterol:

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Apo-Simva | ☐ Berimal | ☐ Simvacard | ☐ Simvastatin | ☐ Zahron |
| ☐ Atoris | ☐ Crestor | ☐ Simvachol | ☐ Simvastamol | ☐ Zaranta |
| ☐ Atorvastanol | ☐ Romazic | ☐ Simvagen | ☐ Tulip | ☐ Zocor |
| ☐ Atrox | ☐ Roswera | | | |

Neurologiczne:

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Betaserc | ☐ Histigen | ☐ Nootropil | ☐ Polvertic | ☐ Vicebrol |
| ☐ Cavinton | ☐ Memotropil | | | |

Nasenne:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Betaserc | ☐ Nootropil | ☐ Hydroxyzyna | ☐ Olanzapin | ☐ Trittico |
| ☐ Cavinton | ☐ Polvertic | ☐ Ketrel | ☐ Onirex | ☐ Xanax |
| ☐ Histigen | ☐ Vicebrol | ☐ Nasen | ☐ Relanium | ☐ Zolpic |
| ☐ Memotropil | ☐ Clonazepam | | | |

Przeciwbólowe:

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|
| ☐ Aglan | ☐ Doreta | ☐ Mydokalm | ☐ Opokan | ☐ Sirdalud |
| ☐ Apap | ☐ Efferalgan | ☐ Naproxen | ☐ Paracetamol | ☐ Tramal |
| ☐ Biofenac | ☐ Fentanyl plastry | ☐ Nimesil | ☐ Poltram combo | ☐ Transtec plastry |
| ☐ Buscopan | ☐ Melonyn Plastry | ☐ No-spa | ☐ Scopolan | ☐ Zaldiar |
| ☐ Despa | ☐ Ibuprofen/
Ibuprom/Ibum | | | |

Na cukrzycę

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Diaprel | ☐ Jardiance | ☐ Trajenta |
| ☐ Formetic | ☐ Metformax | ☐ Insulina "R" - dawka: _____ |
| ☐ Glucophage | ☐ Siforon | ☐ Insulina "N" - dawka: _____ |

Imię i nazwisko

Na astmę/POChP:

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Alvesco | ☐ Asmenol | ☐ Budezonid | ☐ Salbutamol | ☐ Ventolin |
| ☐ Asaris | ☐ Berodual | ☐ Monkasta | ☐ Ultibro | |

Przeciwpadaczkowe:

- | | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Amizepin | ☐ Chrono | ☐ Madopar | ☐ Pregabalin | ☐ Relanium |
| ☐ Depakine | ☐ Egzysta | | | |

Ośłonowe:

- | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Controloc | ☐ Floradix | ☐ IPP | ☐ Nolpaza | ☐ Sanprobi |
| ☐ Dicoflor | ☐ Gasec | ☐ Mesopral | ☐ Ortanol | ☐ Trilac |
| ☐ Enterol | ☐ Helicid | ☐ Panprazol/ Panzol/
Prazol/Polprazo | | |

Mikroelementy, elektrolity:

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Kaldyum/Kalipoz | ☐ Kwas foliowy | ☐ Neurovit | ☐ Wit. D3 | ☐ Żelazo |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|

Na tarczycę:

- ☐ Euthyrox
☐ Letrox

Inne:

- ☐ Milurit
☐ Vessel

Wpisz pozostałe przyjmowane leki na receptę wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia

Lp.	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1			
2			
3			

Czy osoba mieszka sama?

☐ Tak ☐ Nie

Czy osoba objęta jest wsparciem w formie usług opiekuńczych?

☐ Tak ☐ Nie

Czy osoba korzysta z aktywności np. Klubu Seniora, Dziennego Domu?

☐ Tak ☐ Nie



Klauzula informacyjna dla Pacjenta

Niniejsza klauzula informacyjna wyjaśnia zasady, na których SiDLY przetwarza Pani/Pana dane osobowe w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych teleopieki.

Kto jest Administratorem Pani/Pana danych osobowych i jak się z nim skontaktować?

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SiDLY spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie (ul. Chmielna 2/31, 00-020 Warszawa), wpisana Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000519219, posiadającą numer NIP: 7010435677 oraz REGON: 147363415 (dalej także jako „Administrator” lub „SiDLY”).

Może Pani/Pan skontaktować się z nami poprzez:

- e-mail: office@sidly.eu
- lub przysyłając korespondencję tradycyjną na adres Administratora:
Al. Zjednoczenia 36, 01-830 Warszawa

Administrator powołał także Inspektora Ochrony Danych z którym może Pani/Pan skontaktować się z poprzez:

- iod@sidly.org (e-mail)
- lub przysyłając korespondencję tradycyjną na adres Administratora:
Al. Zjednoczenia 36, 01-830 Warszawa, z dopiskiem „IOD”.

Inspektor Ochrony Danych: Paweł Chrzęszcz

W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Pani/Pana dane?

Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są:

- celu zawarcia i wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, a także w celu rozpatrywania reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków związanych z umową - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO[1], w szczególności w związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą (np. gdy będzie konieczne udzielanie Pani/Panu niezwłocznej pomocy) (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. d oraz 9 ust. 2 lit. c RODO);
- prowadzenia, archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. h) RODO, w związku z art. 24 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- w celach związanych z koniecznością wypełnienia ciążącego na Administratorze obowiązku prawnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności udokumentowania zawartej umowy i jej rozliczenia, w celach wynikających z przepisów podatkowych i o rachunkowości, w tym wystawiania zaświadczeń do celów podatkowych, prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO);
- w celu świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o. oraz w celu rozpatrywania reklamacji i udzielania wsparcia w przypadku wystąpienia problemów z korzystaniem z dostępu do platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o. (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO);
- do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora danych w postaci prowadzenia marketingu własnych produktów lub usług Administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
- w celu wspierania wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie zgody - art. 6 ust. 1 lit. a) oraz art. 9 ust. 2 lit. a) RODO (np. w przypadku zamieszczenia zdjęcia pacjenta w ramach platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o., lub podania w ich ramach innych danych opcjonalnych),

[1] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Pani/Pana dane?
ciąg dalszy

- w celach wynikających z prawnie uzasadnionych interesów Administratora, jakimi są: ustalenie, obrona i dochodzenie roszczeń, cele archiwalne i dowodowe na wypadek prawem usprawiedliwionej potrzeby lub obowiązku wykazania faktów (art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f ROD);
- w odniesieniu do nagrań rozmów telefonicznych - w celu oceny rozmów w zakresie ich przebiegu na wypadek wystąpienia sytuacji spornych (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. f) RODO).

Administrator nie podejmuje wobec Twoich danych zautomatyzowanych decyzji, w tym w oparciu o profilowanie.

Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest uzależniony od celu w jakim dane są przetwarzane:

- w celu zawarcia i wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym realizacja celów profilaktyki zdrowotnej, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, a także w celu rozpatrywania reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków związanych z umową - dane przechowywane są do czasu wykonania umowy, a po jej wykonaniu maksymalnie przez czas związany z wygaśnięciem roszczeń związanych z umową oraz przez czas zastrzeżony przepisami prawa, w szczególności przepisami ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a także przepisami podatkowymi oraz rachunkowymi,
- w celu ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą lub innej osoby fizycznej - dane przechowywane są do czasu wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- prowadzenia, archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze - przez okres wskazany w art. 29 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. co do zasady przez okres 20 lat od końca roku kalendarzowego w którym dokonano ostatniego wpisu,
- w celu wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego i rachunkowego Pani/Pana dane osobowe przechowujemy przez okres wynikający z przepisów prawa - w zależności od przedmiotu umowy, co do zasady okres ten wynosi 5 lat licząc od końca roku podatkowego którego dotyczy dokument zawierający dane osobowe,
- w celu świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o. oraz w celu rozpatrywania reklamacji i udzielania wsparcia w przypadku wystąpienia problemów z korzystaniem z dostępu do platformy medycznej spółki SiDLY Sp. z o.o., przez okres jej obowiązywania, a po ustaniu jej obowiązywania maksymalnie przez czas związany z wygaśnięciem roszczeń związanych z umową;
- w celu wspierania wykonania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie zgody - maksymalnie do czasu cofnięcia zgody;
- w celach archiwalnych i dowodowych na wypadek prawem usprawiedliwionej potrzeby lub obowiązku wykazania faktów - przez najdłuższy z okresów wskazanych powyżej - przy czym dane przetwarzane są wyłącznie w zakresie wymaganym dla realizacji celu,
- nagrania rozmów przechowywane są przez okres 3 (trzech) miesięcy od połączenia, a następnie podlegają zniszczeniu, z wyłączeniem nagrań mających za przedmiot zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie telefonicznej, w którym to przypadku nagrania przechowywane są przez okres wskazany w lit. a. W przypadku, w którym nagrania stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub Administrator powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu, termin określony powyżej ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Jak długo przetwarzamy dane ?

Przetwarzamy Pani/Pana:

- w pierwszym kroku przetwarzamy Pani/Pana dane w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem strony internetowej Administratora, punktów Administratora lub infolinii:
 - (w przypadku gdy umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych jest zawierana przez Panią/Pana samodzielnie zakres Pani/Pana danych obejmuje: imię, nazwisko, adres zamieszkania, adres dostawy, nr telefonu, e-mail,
 - w przypadku gdy umowa jest zawierana jest przez osobę trzecią w imieniu własnym, ale na Pani/Pana na rzecz zakres danych obejmuje Pani/Pana: imię, nazwisko, adres zamieszkania;
- w drugim kroku przetwarzamy Pani/Pana dane w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, wówczas zakres danych wskazanych w lit. A. zostaje poszerzony o:
 - datę urodzenia, płeć,
 - PESEL,
 - e-mail - jeżeli nie został uprzednio podany,
 - numer telefonu - jeżeli nie został uprzednio podany,
 - numer opaski,
 - dane objęte kartą pacjenta,
 - podpis;

Jakie kategorie danych przetwarzamy?

Jakie kategorie danych przetwarzamy?
ciąg dalszy

które to dane podawane są za pośrednictwem platformy medycznej spółki SIDLY Sp. z o.o., ewentualnie w inny sposób ustalony przez Teleopiekę Medyczną sp. z o.o. w przyszłości. Nadto, w związku z korzystaniem z opaski i w celu udzielania świadczeń zdrowotnych przetwarzamy dane zbierane przez opaskę tj.: dane o stanie opaski, liczbie kroków, czasie zdarzeń, ciśnieniu atmosferycznym, o pulsie, saturacji oraz o lokalizacji opaski.

- Nadto:
 - w przypadku połączeń głosowych z Administratorem przetwarzany będzie także głos, numer telefonu i dane podane w toku rozmowy w związku z nagrywaniem rozmów;
 - w przypadku reklamacji, oświadczeń o odstąpieniu od umowy oraz skarg i wniosków, przetwarzane będą dane podane w danym zgłoszeniu;
 - zakres danych przetwarzanych do celów marketingowych określany jest gdy prosimy Panią/Pana o zgodę na kontakt marketingowy lub zgodę na cookie marketingowe, ewentualnie w innych sytuacjach.

Skąd mamy Pani/Pana dane osobowe?

Pani/Pana dane osobowe otrzymujemy:

- bezpośrednio od Pani/Pana jeżeli samodzielnie zawiera Pani/Pan umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z Administratorem;
- od osoby trzeciej zawierającej umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w imieniu własnym, ale na Pani/Pana na rzecz.

Komu i w jakich wypadkach udostępniamy dane?

Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione: służbom ratunkowym, wskazanym przez Panią/Pana osobom (np. osobom kontaktowym w przypadku zdarzenia zagrażającego życiu lub zdrowiu), bankom i operatorom płatności, podmiotom świadczącym a rzecz Administratora usługi IT, w szczególności świadczącym usługi dostawy i utrzymania oprogramowania, obsługującym lub udostępniającym Administratorowi systemy teleinformatyczne; świadczącym usługi hostingu, podmiotom realizującym na rzecz Administratora obsługę z zakresu ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa systemów IT, podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską, podmiotom świadczącym usługi prawne, podmiotom świadczącym usługi księgowe, firmom doradczym, podmiotom świadczącym usługi w ramach likwidacji szkód, z którymi współpracuje Administrator, pracownikom oraz współpracownikom Administratora oraz pracownikom oraz współpracownikom ww. podmiotów. Także organom i podmiotom upoważnionym do ich przetwarzania na podstawie przepisów prawa.

Czy dane przekazujemy poza EOG lub organizacji międzynarodowej?

Dane nie są przekazywane poza EOG lub organizacji międzynarodowej, z wyłączeniem ewentualnych przypadków wskazanych w polityce/politykach prywatności stron internetowych Administratora związanych z korzystaniem z tych stron.

Jakie prawa przysługują Pani/Panu w związku z przetwarzaniem danych i jak z nich skorzystać?

W zakresie i przypadkach określonych przepisami prawa, przysługują Pani/Panu następujące prawa:

- prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem – jeżeli przetwarzanie realizowane jest w oparciu o zgodę;
- prawo dostępu oraz prawo do otrzymania kopii swoich danych;
- prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
- prawo do usunięcia swoich danych osobowych;
- prawo do ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych;
- prawo do przenoszenia swoich danych osobowych – jeżeli przetwarzanie realizowane jest w oparciu o zgodę lub w celu wykonania umowy;
- prawo wniesienia sprzeciwu:
 - wobec przetwarzania danych osobowych do celów marketingowych, jeżeli prawnie uzasadniony interes Administratora wynika z wyrażenia zgody na kontakt marketingowy określonym kanałem lub kanałami marketingowymi, Administrator uzna także, że doszło do cofnięcia zgody na kontakt wybranym kanałem lub kanałami marketingowymi, chyba że z treść sprzeciwu wskazywać będzie inaczej,
 - wobec przetwarzania danych osobowych, gdy przetwarzanie jest niezbędne do pozostałych celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora; w takim przypadku Administrator zaprzestanie przetwarzania danych do tych celów chyba, że istnieją ważne prawnie uzasadnione podstawy do ich przetwarzania, nadrzędne wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

W celu realizacji praw prosimy o kontakt zgodnie z danymi podanymi w pierwszym wierszu niniejszej informacji. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Imię i nazwisko

Wymóg/dobrowolność podania
danych

Podanie danych osobowych jest niezbędne dla zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz jej wykonywania. Podanie danych oznaczonych jako opcjonalne np. zdjęcia pacjenta jest dobrowolne. Przetwarzanie danych w celach marketingowych następuje wyłącznie jeżeli wyrazi Pani/Pan zgodę na kontakt marketingowy wybranym kanałem lub zgodę na tzw. cookies marketingowe. Przetwarzanie danych w ramach połączeń głosowych następuje wyłącznie w przypadku nawiązania połączenia, jest dobrowolne, ale niezbędne dla przeprowadzenia rozmowy w formie połączenia głosowego.

Data

Podpis



Zgody Pacjenta

Abyśmy mogli informować Cię o aktualnościach oraz naszych usługach i produktach, z których możesz skorzystać, potrzebujemy Twojej zgody. Prosimy wybrać, w jaki sposób chciałbyś otrzymywać od nas informacje. Możesz wybrać dowolną formę komunikacji (jedną, dwie bądź wszystkie). Proszę pamiętać, że zgody są dobrowolne

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych od SiDLY Sp. z o.o. w celach marketingowych dotyczących własnych towarów i usług na podane przeze mnie dane kontaktowe:

- | | | | | |
|---|--------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| • za pośrednictwem poczty elektronicznej: | zgoda | ☐ | brak zgody | ☐ |
| • za pośrednictwem SMS/MMS: | zgoda | ☐ | brak zgody | ☐ |
| • za pośrednictwem połączenia telefonicznego: | zgoda | ☐ | brak zgody | ☐ |

Data

Podpis

Pamiętaj, że:

- Zgody, których udzieliłeś powyżej, są dobrowolne i ważne do czasu ich odwołania.
- Każdą z udzielonych zgód możesz wycofać w dowolnym momencie. Wycofanie przez Ciebie zgód nie ma wpływu na ważność przetwarzania Twoich danych w celu objętym zgodą, którego dokonano przed jej wycofaniem.
- W zakresie udzielonej przez Ciebie zgody, będziemy mogli przekazywać ci informacje marketingowe i handlowe, w zakres których wchodzi wszelkie formy reklam, promocji i konkursów, a także oferty handlowe lub propozycje nabycia. SiDLY Sp. z o.o. ma prawo do używania automatycznego systemu przekazywania informacji. Pamiętaj, że możesz zarządzać swoimi zgodami. W tym celu możesz złożyć stosowne oświadczenie telefonując na naszą infolinię lub składając pisemne oświadczenie pocztą, pocztą e-mail lub bezpośrednio w naszej siedzibie.

Imię i nazwisko



W tym polu wpisz wszelkie dodatkowe informacje, które mogą okazać się pomocne w świadczeniu usługi teleopieki



Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą oraz stanowią pełną informację o moim stanie zdrowia.

Data

Podpis

Dziękujemy za wypełnienie formularza

Witamy Cię w gronie użytkowników teleopieki SiDLY!

Jeśli masz pytania dotyczące działania opaski lub naszej usługi, skontaktuj się z naszą infolinią. Jesteśmy do Twojej dyspozycji w dni robocze w g. 9.00-17.00.

+48 222 437 737

helpdesk@sidly.org

