



ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ: _____ ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ / ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ: _____

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

ΤΑΧΥΔΡΟΜΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΑΣ ΚΑΙ ΠΟΛΗ: _____

ΚΙΝΗΤΟ: _____ EMAIL: _____

ΠΡΟΣΩΠΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

ΕΠΙΘΕΤΟ: _____ ΟΝΟΜΑ: _____

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ: _____ ΚΙΝΗΤΟ: _____

Το American Medical Center ακολουθεί το Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) έτσι τα προσωπικά σας δεδομένα συλλέγονται αποκλειστικά για να σας παρέχουμε τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας που χρειάζεστε.

Σας ενημερώνουμε επίσης ότι με βάση το ΓΚΠΔ θα διαβιβάσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα σε τρίτα μέρη μόνο αν η διαβίβαση είναι απαραίτητη για την παροχή της ιατρικής υπηρεσίας που χρειάζεστε (π.χ. ιατρούς, διαγνωστικά κέντρα) καθώς και στην ασφαλιστική εταιρεία/ταμείο ή άλλους οργανισμούς που έχετε δηλώσει πως θα καλύψουν τα έξοδα νοσηλείας σας. Επιπρόσθετα έχετε το δικαίωμα πρόσβασης, διόρθωσης και διαγραφής των δεδομένων σας όπως επίσης και το δικαίωμα περιορισμού συγκεκριμένης επεξεργασίας. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων, την άσκηση των δικαιωμάτων σας, τις περιόδους διατήρησης δεδομένων και για τη διαδικασία υποβολής παραπόνου, μπορείτε να βρείτε την πολιτική προστασίας δεδομένων μας στη σελίδα <http://amc.com.cy/en-us/> ή με αποστολή ηλεκτρονικού μηνύματος στον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@amc.com.cy.

Για περισσότερες πληροφορίες για το ΓΚΠΔ ή για να καταθέσετε παράπονο στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα μπορείτε να επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση www.dataprotection.gov.cy.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____