Polanika
Ośrodek
Rehabilitacyjno-Wypoczynkowy

FORMULARZ REZERWACYJNY (wypełnia rezerwujący)

1. Imię nazwisko osoby rezerwującej	
2. Imię i nazwisko osoby rehabilitowanej (wypełnić, jeżeli się różni od pkt. 1)	
3. PESEL osoby rehabilitowanej	
4. Numer telefonu osoby rezerwującej	
5. Numer telefonu osoby przebywającej z dzieckiem na turnusie (jeśli dotyczy)	
6. Adres zamieszkania	
7. E-mail	
8. Data turnusu*	
9. Rodzaj turnusu	
10. Miejsce/rodzaj pokoju (podkreśl właściwe)	**DOMY POLANIKA**(parter/piętro): Standard Plus 2-osobowy Dostawka **BUDYNEK GŁÓWNY** (dodatkowo płatny od 400 zł/osoba/2 tygodnie w zależności od pokoju): 2-osobowy apartament Dostawka
11. Liczba osób	
12. Schorzenie zasadnicze/rozpoznanie medyczne**	
13. Wzrost i waga osoby rehabilitowanej	
14. Choroby towarzyszące, przewlekłe	
15. Sposób poruszania się (pierwszeństwo w pokojach na parterze w domach Polanika mają osoby na wózkach inwalidzkich i poruszające się o kulach)	☐ samodzielnie ☐ z pomocą ☐ o kulach ☐ na wózku inwalidzkim
16. Niepełnosprawność intelektualna w stopniu:	☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ głębokim ☐ nie dotyczy
17. Padaczka:	☐ TAK (jaki typ?)..... ☐ NIE
18. Mowa i komunikacja: **Jaki jest sposób komunikowania?** **Czy rozumie proste wypowiedzi i polecenia?**	
19. Dotychczasowe terapie (Jakimi zabiegami był dotychczas prowadzony pacjent?)	

Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy Polanika
Ul. Laskowa 95 Chrusty, 26-050 Zagnańsk
Mail: recepcja@polanika.pl
Tel. 41 260 50 60

20. Jaki jest największy problem w codziennym funkcjonowaniu	
21. Informacje o przyjmowanych lekach	
22. Przeciwskazania dla pacjenta, inne istotne informacje	
23. Jakimi zabiegami są Państwo zainteresowani* **	
24. Preferowana pora rozpoczęcia zajęć* **	
25. Preferowana terapia w ciągu dnia* (podkreśl właściwą)**	W jednym bloku Z przerwami
26. Dodatkowe przerwy ze względu na stan zdrowia osoby rehabilitowanej (podkreśl właściwą)	Tak Nie
27. Dieta - dodatkowo płatna (podkreśl właściwą, jeśli dotyczy)	Bezglutenowa Cukrzycowa Niskotłuszczowa Wegetariańska Wątrobowa
28. Indywidualny plan żywieniowy (dodatkowo płatny)	Tak Nie
29. Pobyt zwierzaka (podkreśl właściwy, jeśli dotyczy)	Tak/Nie
30. Forma finansowania turnusu i dane do faktury**	☐ PFRON ☐ fundacja ☐ prywatnie Nazwa: Adres: NIP:

*** Prosimy o wpisanie terminu proponowanego na stronie internetowej polanika.pl w zakładce cenniki turnusów**

**** Schorzenie zgodnie z wykazem chorób umieszczonym we wpisie do rejestru organizatorów turnusów rehabilitacyjnych OR/26/0001/20):**
dysfunkcja narządu ruchu z wyłączeniem osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, dysfunkcja narządu ruchu osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, upośledzenie umysłowe, choroba psychiczna, padaczka, schorzenie układu krążenia, jąkanie się, kobiety po mastektomii, alergia, autyzm, celiakia, choroby narządów wydzielania wewnętrznego, neurologiczne, przemiany materii, układu krwiotwórczego, układu moczowo-płciowego, układu pokarmowego, wymagające leczenia dietami eliminacyjnymi, cukrzyca, fenyloketonuria, hemofilia, mózgowe porażenie dziecięce, mukopolisacharydoza, mukowiscydoza, niedoczynność tarczycy, otyłość, przewlekłe zapalenie trzustki, przewlekłe choroby wątroby, rozszczep warg i podniebienia, wady genetyczne, postawy, zaburzenia depresyjne, głosu i mowy, nerwicowe, psycho-organiczne, rozwoju psychoruchowego, zespół Downa, Marfana, Willipradera, schorzenia dermatologiczne, zwyrodnieniowe, endokrynologiczne, kręgosłupa, laryngologiczne, metaboliczne, onkologiczne, reumatyczne, skóry, układu immunologicznego, układu oddechowego, złego wchłaniania, skolioza, stwardnienie rozsiane, osoby po laryngektomii, całościowe zaburzenia rozwojowe.

***** Ostateczną decyzję odnośnie planowanych zabiegów i czasu ich trwania zostaje podjęta podczas badania pacjenta w ośrodku**

****** Dane do fundacji w przypadku dofinansowania lub dane innego podmiotu, na który ma być wystawiona faktura. W przypadku braku ww. informacji zadatek zostanie wystawiony na nazwisko osoby wpłacającej**

UWAGA: 1. Zaliczka na turnus opłacana jest z prywatnych środków, nie wystawiamy faktur proforma na fundacje. **2.** zaliczka nie jest zwracana, jeżeli upłynął termin bezkosztowej anulacji zawarty na potwierdzeniu rezerwacji. **3.** jeżeli faktura jest na fundację przy podawaniu danych do wystawienia faktury koniecznie należy podać numer subkonta.

ZGODY NA OTRZYMYWANIE INFORMACJI HANDLOWEJ

Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy Polanika
Ul. Laskowa 95 Chrusty, 26-050 Zagnańsk
Mail: recepcja@polanika.pl
Tel. 41 260 50 60

I INFORMACJA O SPOSOBIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam wyraźną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dotyczących zdrowia, które podałem w formularzu rezerwacyjnym, przez Amid Prestige Mikołajczyk & Michoń sp.j. z siedzibą w Chrustach, w celu umożliwienia mi wzięcia udziału w turnusie rehabilitacyjnym, który odbędzie się w Ośrodku Polanika i przeprowadzenia zabiegów podczas tego turnusu.
W przypadku niewyrażenia zgody niemożliwe będzie zarezerwowanie turnusu.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

I. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie od właściciela Ośrodka Polnika (Amid Prestige Mikołajczyk & Michoń sp.j. z siedzibą w Chrustach) na podany przez Państwa adres e-mail informacji handlowej dotyczącej jego działalności, w tym informacji o aktualnych promocjach, wydarzeniach oraz ofercie, zgodnie z ustawą o świadczeniu usług drogą elektroniczną? Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Udzielona przez Państwa zgoda może zostać odwołana w każdym czasie.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

II. Czy wyrażają Państwo zgodę na używanie podanego przez Państwa numeru telefonu dla celów marketingu bezpośredniego właściciela Ośrodka Polnika (Amid Prestige Mikołajczyk & Michoń sp.j. z siedzibą w Chrustach), w tym na przesłanie w formie SMS informacji o aktualnych promocjach, wydarzeniach oraz ofercie, zgodnie z przepisami ustawy Prawo telekomunikacyjne? Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Udzielona przez Państwa zgoda może zostać odwołana w każdym czasie.

☐ Wyrażam zgodę ☐ Nie wyrażam zgody

III. Poniżej znajduje się szczegółowe pouczenie na temat tego, jak przetwarzane są Państwa dane osobowe podane w formularzu zamówienia. Pouczenie odnosi się od Państwa danych osobowych i danych osobowych dziecka, którego są Państwo opiekunem prawnym, jeśli takie dane podali Państwo w formularzu rezerwacyjnym.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. („RODO") Amid Prestige Mikołajczyk & Michoń Spółka jawna podaje następujące informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych:

1. Administrator danych osobowych
Administratorem danych osobowych jest Amid Prestige Mikołajczyk & Michoń Spółka jawna z siedzibą w Chrustach, ul. Laskowa 93, 25-060 Zagnańsk, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego z numerem 0000344738, REGON: 260348820, NIP: 6572841100, tel. +48 41 2016 210, e-mail: rodo@swietokrzyskapolana.pl.

2. Inspektor Ochrony Danych
Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo skontaktować w sprawach dotyczących ochrony danych osobowych, w tym realizacji praw, które Państwu przysługują. Z Inspektorem można skontaktować się pod następującym adresem e-mail: rodo@swietokrzyskapolana.pl.

3. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych
Administrator przetwarza dane osobowe w następujących celach:
1) podjęcia działań na Państwa żądanie tj. zarezerwowania turnusu w Ośrodku Polanika i doboru odpowiednich zabiegów podczas jego trwania, przed zawarciem umowy dotyczącej tego turnusu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
2) oferowania Państwu przez Administratora produktów i usług bezpośrednio (marketing bezpośredni), co jest prawnie uzasadnionym interesem Administratora – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

W zakresie danych dotyczących zdrowia Administrator przetwarza dane na podstawie Państwa wyraźnej zgody (art. 9 ust. 2 lit. a RODO), wyrażonej przez Państwa elektronicznie przy przesyłaniu formularza rezerwacyjnego.

4. Odbiorcy danych
A. Administrator może udostępnić Państwa dane osobowe swoim podwykonawcom (podmiotom, z usług których korzysta przy przetwarzaniu) takim jak:

1) dostawcy usług informatycznych;
2) podmioty świadczące usługi informatyczne;
3) podmioty świadczące usługi kadrowo-księgowe.

Podmioty te przetwarzają Państwa dane osobowe wyłącznie na polecenie Administratora i nie wykorzystują ich we własnych celach.

B. Administrator może udostępnić Państwa dane osobowe również współpracującym z nim osobom wykonującym zawody medyczne (takim jak np. lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, jeżeli będzie to potrzebne na przykład w celu przeprowadzenia zabiegów w trakcie turnusu.

C. W przypadku, gdy korzystali Państwo z dofinansowania turnusu ze środków PFRON lub na przykład środków pochodzących z fundacji (punkt 30 formularza rezerwacyjnego), Administrator może udostępnić Państwa dane podmiotowi, który dofinansował Państwa turnus.

5. Czas przechowywania danych

Dane pozyskane w celu:

1) podjęcia działań na Państwa żądanie tj. zarezerwowania turnusu w Ośrodku Polanika i doboru odpowiednich zabiegów podczas jego trwania, przed zawarciem umowy dotyczącej tego turnusu, Administrator przechowuje przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu w Państwa dokumentacji medycznej, chyba że przepisy prawa nakładają na Administratora obowiązek przechowywania danych przez inny okres czasu;
2) oferowania produktów i usług bezpośrednio (marketing bezpośredni) Administrator przechowuje do czasu, aż zgłoszą Państwo sprzeciw względem ich przetwarzania w tym celu lub do czasu, kiedy Administrator zdecyduje o ich usunięciu.

6. Prawa osób, których dane dotyczą

Przysługują Państwu następujące prawa:

1) prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo otrzymania ich kopii;
2) prawo do sprostowania danych osobowych;
3) prawo do usunięcia danych osobowych z tym zastrzeżeniem, że przepisy prawa mogą nakładać na Administratora obowiązek przechowywania Państwa dokumentacji medycznej przez określony czas;
4) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
5) prawo do przeniesienia danych osobowych;
6) prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
7) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku, gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody, mają Państwo również prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

W celu wykonania powyższych praw mogą Państwo skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych.

7. Informacja o dobrowolności lub konieczności podania danych

Podanie przez Państwa danych jest dobrowolne, jednak bez ich podania niemożliwe będzie dokonanie rezerwacji i wzięcie udziału w turnusie, którego dotyczy formularz rezerwacyjny.

_____

/podpis Rezerwującego/

Ośrodek Rehabilitacyjno – Wypoczynkowy Polanika
Ul. Laskowa 95 Chrusty, 26-050 Zagnańsk
Mail: recepcja@polanika.pl
Tel. 41 260 50 60