



## Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky

Trnavská cesta 8/A 820 05 | Bratislava 25 | P.O. BOX 93

### Súhlas so spracovaním osobných údajov dotknutej osoby

Prevádzkovateľ: **Operačné stredisko záchranej zdravotnej služby Slovenskej republiky**, Trnavská cesta 8/A, 821 08 Bratislava, IČO: 36 076 643, štátna príspevková organizácia zriadená Ministerstvom zdravotníctva Slovenskej republiky (ďalej aj ako „**OS ZZS SR**“ alebo „**prevádzkovateľ**“)

Dotknutá osoba:

Meno a priezvisko/obchodné meno: \_\_\_\_\_ \*

Bytom/miesto podnikania: \_\_\_\_\_ \*

Dátum narodenia / IČO: \_\_\_\_\_ \*

**ÁNO**  **NIE** Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu, v akom boli poskytnuté v rámci registračného formulára, za účelom môjho vedenia v centrálnom registri automatických externých defibrilátorov (ďalej aj len „**AED**“) vedenom OS ZZS SR, a to na dobu 5 rokov alebo do momentu odvolania môjho súhlasu.

**ÁNO**  **NIE** Súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu, v akom boli poskytnuté v rámci registračného formulára (maximálne však v rozsahu meno a priezvisko/obchodné meno, model AED, fotografia umiestnenia AED, dostupnosť) formou ich zverejnenia na mape AED vedenej na webovom sídle OS ZZS SR či v rôznych aplikáciách určených a využívaných v súvislosti so záchranou života za účelom zvýšenia verejného povedomia o umiestnení AED a rýchlej lokalizácie či zásahu v prípade náhleho zastavenia krvného obehu, a to na dobu 5 rokov alebo do momentu odvolania môjho súhlasu.

Udelenie súhlasu je dobrovoľné. Som si vedomý/á, že tento súhlas môžem kedykoľvek slobodne odvolať, a to úplne alebo sčasti (i) zaslaním e-mailu o odvolaní súhlasu na adresu [gdpr@155.sk](mailto:gdpr@155.sk) alebo (ii) zaslaním písomného oznámenia o odvolaní súhlasu na adresu sídla OS ZZS SR Trnavská cesta 8/A, 821 08 Bratislava s označením „**do rúk zodpovednej osoby**“. Zákonnosť spracúvania osobných údajov pred odvolaním súhlasu nie je dotknutá.

Ďalšie informácie o spracúvaní osobných údajov OS ZZS SR a tretími stranami vrátane informácií o právach dotknutých osôb sú súčasťou **Podmienok ochrany súkromia**, s ktorými som mal/a možnosť sa oboznámiť.

Miesto: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_ Podpis dotknutej osoby \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \*vyplní dotknutá osoba alebo zákonný zástupca dotknutej osoby