**CONSENTIMENT INFORMAT PER AL SISTEMA PERSONALITZAT DE DOSIFICACIÓ**

D./Dña. @FIRMA\_NOM@, amb DNI @FIRMA\_DNI@, en nom propi, o com a responsable de la medicació de D./Dña. @PACI\_NOM@, amb DNI @PACI\_DNI2@.

Autoritzo la farmàcia @PHARMA\_NAME@ a preparar la meva medicació en un Sistema Personalitzat de Dosificació (SPD). Per això dono el meu permís per registrar les meves dades farmacèutiques, personals i de salut, de les quals no se’n farà cap altre ús sense el meu consentiment exprés.

Manifesta que he estat informat de tot el procés de preparació del SPD, i que el servei s'inicia a petició meva i es durà a terme mentre romangui aquest acord.

Igualment, em comprometo a comunicar a l'oficina de farmàcia, i amb la màxima celeritat, els canvis que els metges introdueixin en la meva medicació, i a portar les receptes mèdiques amb prou antelació.

Per la seva banda, el titular de la farmàcia D./Dña @PHARMA\_OWNER@, amb DNI @PHARMA\_DNI@, es compromet a:

* Mantenir la privacitat de les dades personals i farmacològiques.
* Custodiar adequadament els medicaments restants.
* Realitzar les activitats del procés seguint les normes establertes en el Procediment Normalitzat de Treball, i pel personal qualificat per a això.
* Proporcionar la informació necessària per facilitar la correcta utilització dels medicaments.
* Realitzar un seguiment dels tractaments amb l’objectiu de millorar el compliment de la teràpia i prevenir, detectar i resoldre les incidències sorgides durant el procés.
* Avisar el pacient amb la màxima rapidesa possible davant qualsevol eventualitat que invalidi un blíster (retirada del medicament, retirada del lot, etc.).

A @PHARMA\_POB@, a @DAY@

Signatura del pacient Signatura del farmacèutic

o responsable de la medicació

**INFORMACIÓ SOBRE EL TRACTAMENT DE LES SEVES DADES PERSONALS**. En compliment de la normativa de protecció de dades, l’informem que @PHARMA\_NAME@ com a Responsable del Tractament, tractarà les seves dades personals amb la finalitat de gestionar correctament el SPD en base al seu consentiment. Pot consultar més informació sobre el tractament de les seves dades personals i sobre com exercir els drets **al revers d’aquest document**.

☐ CONSENTO el tractament de les dades personals en els termes indicats.

|  |
| --- |
| **POLÍTICA INFORMATIVA EN MATÈRIA DE DADES PERSONALS: SPD** |
| ***Qui és el responsable del tractament de les seves dades?*** |
| @PHARMA\_NAME@  Domicili social: @PHARMA\_ADDRESS@  NIF: @PHARMA\_NIF@  Telèfon: @PHARMA\_PHONE@  Correu electrònic de contacte: @PHARMA\_EMAIL@ |
| ***Quina és la finalitat del tractament?*** |
| Tractarem les seves dades personals amb la finalitat de gestionar correctament la medicació del pacient, preparar el SPD a través del Medical Dispenser i poder prestar-li els serveis associats a aquest. |
| ***Quina és la legitimació del tractament?*** |
| Les dades del pacient les tractarem en base a la relació jurídica establerta, de conformitat amb l’article 6.1.b) del Reglament General de Protecció de Dades.  Les dades de salut tractades per a la correcta gestió del Sistema Personalitzat de Dosificació les tractarem en base al consentiment explícit, de conformitat amb l’article 9.2.a) del Reglament General de Protecció de Dades.  En cas que el consentiment hagi estat prestat per una persona responsable de la medicació del pacient, les dades de contacte associades es tractaran en virtut de l’interès legítim de poder demostrar el consentiment prestat i contactar amb aquesta persona com a responsable del pacient, de conformitat amb l’article 6.1.f) del mateix reglament. |
| ***Es realitzen comunicacions de les seves dades?*** |
| Les seves dades es comunicaran a organitzacions públiques o privades quan sigui necessari per al compliment de les obligacions legalment establertes, així com als proveïdors que siguin necessaris per al correcte desenvolupament del tractament. En particular, les seves dades seran comunicades a FAGOR HEALTHCARE com a entitat proveïdora del SPD. |
| ***Es realitzen transferències internacionals de les seves dades?*** |
| No es preveu la realització de transferències internacionals de les seves dades personals. |
| ***Durant quant temps conservem les seves dades?*** |
| Conservarem les seves dades personals mentre sigui necessari per als fins per als quals van ser recollides i durant els períodes de prescripció de les possibles responsabilitats derivades del tractament. |
| ***Quins són els seus drets en protecció de dades?*** |
| Pot exercir els seus drets d’accés, rectificació, supressió i portabilitat de les seves dades, de limitació i oposició al tractament, així com a no ser objecte de decisions basades únicament en el tractament automatitzat de les seves dades o revocar el seu consentiment, quan correspongui, mitjançant el correu electrònic info@fagorhealthcare.com o l’adreça postal Goiru 1 Planta 4, 20500, Arrasate. Si considera que l’exercici dels seus drets no ha estat satisfet, té dret a presentar una reclamació davant l’Agència Espanyola de Protecció de Dades. |
| ***Quines mesures de seguretat apliquem al tractament de les seves dades?*** |
| Tractarem les seves dades de forma confidencial i amb mesures tècniques i organitzatives adequades per evitar-ne l’alteració, pèrdua, tractament o accés no autoritzat. |