

Numer wniosku

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w NFZ umieszczoną na rewersie oświadczenia.

.....
Podpis/y i pieczęć
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....
Podpis/y i pieczęć
Zastępcy Kierownika apteki/ punktu
aptecznego

1 o ile został nadany

DRUKOWAĆ DWUSTRONNIE

KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ŚLĄSKIM OW NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

(nazwa jednostki organizacyjnej)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *Rozporządzenia 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), informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie danych osobowych przetwarzanych centralnie, a w zakresie danych osobowych przetwarzanych w Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego, działający z upoważnienia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Śląskim OW Narodowego Funduszu Zdrowia:
(nazwa jednostki organizacyjnej)

IOD@nfz-katowice.pl

(dane kontaktowe IOD: adres poczty elektronicznej)

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2019 r. poz. 553, z późn. zm.).

Podanie przez Pana/i danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z odpowiednimi przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096, z późn. zm.).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.