

Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz i zobowiązanie do zapoznania z nią osób wymienionych we wniosku

Numer wniosku: Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Numer identyfikacyjny apteki:

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych¹⁾ oraz zobowiązuje się do zapoznania z nią wszystkich osób, których dane są wymienione we wniosku o zawarcie umowy na realizację recept.

.....
podpis/y
podmiotu prowadzącego aptekę

.....
podpis
kierownika apteki/ punktu aptecznego

¹⁾ Administratorem Danych Osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa NFZ. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych NFZ w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym powyżej celu Wnioskodawcy przysługuje prawo do: dostępu; sprostowania; usunięcia (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia; sprzeciwu (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody); wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z ww. praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez NFZ dostępna jest w siedzibach Oddziału oraz pod adresem: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/.