

## Formularz Rejestracyjny

### 1. Dane identyfikacyjne Użytkownika:

Nazwa	
NIP	
REGON	
Forma organizacyjna	
Forma gospodarki finansowej	
<b>Adres siedziby</b>	
Kod pocztowy	
Pocztą	
Miejscowość	
Kod terytorialny gminy (7cyfr)	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
<b>Adres do korespondencji (należy wypełnić, jeżeli inny od adresu siedziby)</b>	
Kod pocztowy	
Pocztą	
Miejscowość	
Kod terytorialny gminy (7cyfr)	
Ulica, nr domu, nr lokalu	
<b>Osoba kierująca/zarządzająca</b>	
Nazwisko, imię	
Telefon	
<b>Dane kontaktowe</b>	
Faks	
E-mail	
<b>1 . Wpis do rejestru</b>	
Kod rodzaju rejestru	
Organ rejestrujący	
Nr wpisu	
Data wpisu	
Data ostatniej aktualizacji	
<b>2 . Wpis do rejestru (podać o ile istnieje więcej niż 1 wpis do rejestru)</b>	
Rodzaj rejestru	
Organ rejestrujący	
Nr wpisu	
Data wpisu	
Data ostatniej aktualizacji	

2. Działając w imieniu Użytkownika określonego powyżej w punkcie 1A-C, wnoszę o dopuszczenie tego Użytkownika do korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia w ....., zwanego dalej "Portalem". Jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym Formularzu Rejestracyjnym są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Działając w imieniu Użytkownika oświadczam, że:
- a) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za prawidłowość korzystania z Portalu przez osoby działające w imieniu Użytkownika oraz wszelkie osoby, którym Użytkownik udostępnił dane

pozwalające na korzystania z Portalu;

b) Użytkownik zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych konta Użytkownika w Portalu i niedostępniania ich osobom trzecim;

c) Użytkownik ponosi odpowiedzialność za skutki zagubienia, kradzieży lub udostępnienia nieuprawnionej osobie danych konta Użytkownika w Portalu.

4. Działając w imieniu Użytkownika wnoszę, aby pani/pan ..... została/został zarejestrowana/zarejestrowany jako Administrator Użytkownika i wnoszę o dopuszczenie jej/go do przetwarzania danych w Portalu. Podaję poniżej: nazwisko i imię osoby wskazanej w zdaniu poprzedzającym wraz z numerem telefonu kontaktowego z tą osobą oraz adres poczty elektronicznej. 5. Login i hasło (proszę zaznaczyć krzyżykiem wybraną opcję):

Proszę o przesłanie na poniższy adres poczty elektronicznej. Jednocześnie zapewniam, że do skrzynki poczty elektronicznej o tym adresie ma dostęp jedynie osoba proponowana przeze mnie na stanowisko

- Administratora, która jest wymieniona poniżej i złożyła Oświadczenie Administratora.
- zostanie odebrany we właściwym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nazwisko: .....  
Imię: .....  
PESEL .....  
Telefon kontaktowy: 0 (kier) .....  
Adres e-mail: .....

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Użytkownika

Miejscowość i data

Pieczęć Użytkownika

## Oświadczenie Administratora

Ja, ....., posiadający/posiadająca numer PESEL: \_\_\_\_\_, zamieszkały pod adresem:.....

oświadczam, że:

- a) wnoszę o zarejestrowanie mnie jako Administratora,
- b) jestem obywatelem polskim/obywatelką polską i stale zamieszkuję na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- d) daję rękojmię należytego wykonywania obowiązków Administratora,
- e) nie byłem/byłam karany/karana za przestępstwo,
- f) posiadam odpowiednią wiedzę i umiejętności konieczne do wykonywania obowiązków Administratora,
- g) zapoznałem/zapoznałam się z treścią umowy nr ..... o dostęp do wydzielonego zasobu ..... danych Portalu NFZ, zawartej w ..... w dniu..... i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień powyższej umowy,
- h) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w celach związanych z wykonywaniem umowy określonej w punkcie oznaczonym lit. g.

Miejscowość i data

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

Podpis