Załącznik Nr 22 do zarządzenia Nr 9/2025/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 stycznia 2025 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu w programie lekowym Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia w programie lekowym Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania |
| 1.2 | zakres świadczenia – program lekowy objęty kwalifikacją przez zespół koordynacyjny | Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | E 23.0 – niedoczynność przysadki |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Procesu Wzrastania |
| 1.6 | jednostka koordynująca | Instytut Matki i Dziecka  01-211 Warszawa  ul. Kasprzaka 17a |
| 1.7 | kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego | lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego |
| 1.8 | zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | 1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionego w pkt 1.2;  2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych  3) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2. |
| 1.9 | specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM) | 89.00 — porada lekarska, konsultacja, asysta |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta, zgodnie z opisem programu, przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Procesu Wzrastania** | | | | |
|  |  |  |  |  |

Pieczęć ośrodka wystawiającego wniosek:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**WNIOSEK  
O PRZYDZIELENIE LECZENIA rhGH W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO:  
LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU PROCESU WZRASTANIA (ICD-10 E23.0)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***(wypełnić pismem drukowanym)***

1. **Dane personalne pacjenta**

**Nazwisko i imię pacjenta:** ……………………………………………………………………..

Miejsce zamieszkania pacjenta:

Miejscowość: ……………………… Nr ………. Kod ……… Poczta……………...………

Ul. ……………………………….……. Nr domu …………….. Nr mieszkania ………….....

Województwo: ………………………… Telefon kontaktowy: ...……………

**Przynależność do Oddziału NFZ**: ........................

Data urodzenia: ........................ dzień - miesiąc - rok PESEL ................................

Pochodzenie etniczne: ........... – kaukaskie I – inne, jakie ……………………

Płeć: .................... – kobieta – mężczyzna

Czy pacjent >18 rż ? TAK/ NIE?

Jeśli „NIE”, proszę podać wynik oceny wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej

Data badania ...................... dzień - miesiąc - rok Ocena wieku kostnego: ....... lat ........ miesięcy

Uwaga!

Jeśli u kobiety wiek kostny ≤ 14 lat zaś u mężczyzny wiek kostny ≤ 16 lat – leczenie w Programie B.111 nie jest możliwie, proszę wypełnić wniosek do Programu B.19”

2. **Aktywność zawodowa pacjenta**:

uczeń/student pracuje umysłowo pracuje fizycznie

jest rolnikiem jest na rencie jest na emeryturze

3. **Czy pacjent pali papierosy**?

nie

pali czasami

pali mniej niż 15 papierosów dziennie

pali więcej niż 15 papierosów dziennie

pali e-papierosy

4. **Wywiad dotyczący płodności/ dojrzewania płciowego:**

Liczba dzieci ................

**Jeśli mężczyzna:**

Początek dojrzewania płciowego: wczesny / przeciętny/ późny

spontaniczny / indukowany

**Jeśli kobieta:**

Wystąpienie pierwszego krwawienia miesięcznego (menarche): wiek ............... lat

spontaniczne / indukowane

Czy wystąpiła menopauza? TAK/ NIE, jeśli tak:

·Wiek wystąpienia menopauzy / zaprzestania miesiączkowania: .............. lata

·Czy stosowna jest hormonalna terapia zastępcza ? NIE / TAK

5. **Wywiad dotyczący stanu zdrowia pacjenta:**

Czy u pacjenta rozpoznano:

nadciśnienie tętnicze NIE / TAK, jeśli tak rok rozpoznania .............

chorobę niedokrwienną serca NIE / TAK, jeśli tak rok rozpoznania .............

zawał serca NIE / TAK, jeśli tak rok rozpoznania .............

zwyrodnienie stawów NIE / TAK, jeśli tak rok rozpoznania .............

cukrzycę NIE / TAK, jeśli tak rok rozpoznania .............

nowotwory (inne niż przysadki) NIE / TAK, jeśli tak

rok rozpoznania .............. opis ……………………………………………

rok rozpoznania .............. opis ……………………………………………

złamania kości NIE / TAK, jeśli tak

rok rozpoznania ................ pourazowe / niskoenergetyczne lokalizacja …..…………………………………………………………………..

rok rozpoznania ................. pourazowe / niskoenergetyczne lokalizacja …..………………………………………………………………...…

Inne choroby przewlekłe: NIE / TAK, jeśli tak, opis

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6. **Istotny wywiad rodzinny**:

Czy w najbliższej rodzinie (rodzice lub rodzeństwo) rozpoznano:

choroby naczyń i serca TAK NIE brak danych

złamania kości biodrowej TAK NIE brak danych

nowotwory TAK NIE brak danych, jeśli TAK, to:

łagodne TAK NIE brak danych, jeśli TAK, opis ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

złośliwe TAK NIE brak danych, jeśli TAK, opis

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. **Wywiad dotyczący niedoboru hormonu wzrostu:**

Rok rozpoznania niedoboru hormonu wzrostu ............rok w wieku ............. lat

Pierwotna przyczyna niedoboru hormonu wzrostu:

guz przysadki :TAK / NIE

rodzaj guza przysadki: nieczynny hormonalnie / wydzielający ACTH

wydzielający GH / wydzielający prolaktynę

wydzielający gonadotropiny / wydzielający TSH

nieznany

czaszkogardlak: TAK / NIE

zabiegi chirurgiczne (inne niż zabiegi chirurgiczne przysadki): TAK / NIE

naświetlania (inne niż naświetlania przysadki): TAK / NIE

idiopatyczne: TAK / NIE

urazy: TAK / NIE

inne, jakie ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

Czy z powodu zaburzeń przysadki pacjent był leczony chirurgicznie? NIE / TAK

Jeśli tak podaj liczbę zabiegów: ....................

Dane szczegółowe dotyczące trzech ostatnich operacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rok operacji |  |  |  |
| Dostęp przez zatokę klinową |  |  |  |
| Dostęp przezskroniowy |  |  |  |

Czy z powodu zaburzeń przysadki pacjent był leczony radioterapią:

zewnętrzną: TAK / NIE rok ................

stereotaktyczną: TAK / NIE rok ................

8. **Obecny stan kliniczny** .......................... dzień - miesiąc - rok

Badanie podmiotowe:

Główne dolegliwości:

osłabienie, łatwa męczliwość, uczucie stałego zmęczenia

obniżenie nastroju, zmniejszenie energii życiowej

pogorszenie kontaktów społecznych z nasiloną tendencją do izolacji

zaburzenie reakcji emocjonalnych, poczucie pogorszenia jakości życia

brak poczucia zdrowia

inne, opis ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**Badanie psychologiczne** ............................. dzień - miesiąc - rok

Test psychologiczny oceny jakości życia (test QoL-AGHDA) wg załącznika 1

**Badanie przedmiotowe:**

Wzrost: ............. cm Masa ciała: ......... kg BMI ........................ kg/m2

Obwód talii: ............. cm Obwód bioder: ............. cm WHR ........................

Ciśnienie tętnicze krwi: ......../....... mmHg Częstość tonów serca: ............/min

Odchylenia od stanu prawidłowego:

Głowa: ………………………….……………………………………………………………….

Szyja: …………………………………………………………………………………………....

Układ krążenia: ……………………………...………………………………………………….

Układ oddechowy: ……………………………………………………………...………………

Brzuch: ………………………………………………………………………………………….

Układ nerwowy: ...………………………………………………………………………………

Narządy płciowe: ………………………………………………………………………………

Inne: …………………………………………………………………………………………….

9. **Wyniki badań hormonalnych:**

**Testy stymulacyjne na wydzielanie GH**

1. data .................... sposób stymulacji ……………… max GH ........................ jedn

2. data .................... sposób stymulacji ……………… max GH ........................ jedn

3. Przy teście z insuliną i glukagonem proszę podać wartość wyjściową (maksymalną) i minimalną glikemii

wartość wyjściowa/maksymalna .................. jedn.

wartość minimalna .................. jedn.

4. data ............................ profil dobowy max GH .................. jedn.

średnie stężenie GH .................. jedn.

Czy rozpoznano niedobór innych hormonów przysadkowych? NIE / TAK, jeśli tak

niedobór TSH NIE / TAK rok rozpoznania ................... terapia substytucyjna NIE / TAK

niedobór ACTH NIE / TAK rok rozpoznania ................... terapia substytucyjna NIE / TAK

niedobór LH/FSH NIE / TAK rok rozpoznania ................... terapia substytucyjna NIE / TAK

niedobór ADH NIE / TAK rok rozpoznania ................... terapia substytucyjna NIE / TAK

**Inne, ważne dla rozpoznania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktualne wyniki badań** | Wartość | Jednostki | Zakres norm |
| TSH\* |  |  |  |
| FT4 \* |  |  |  |
| FT3 |  |  |  |
| Kortyzol \*  stężenie poranne lub w przypadku terapii substytucyjnej oznaczenie 2 godziny po porannym podaniu leku |  |  |  |
| ACTH |  |  |  |
| Prl |  |  |  |
| LH |  |  |  |
| FSH |  |  |  |
| IGF-1 \* |  |  |  |
| IGFBP-3 |  |  |  |
| Estradiol \* |  |  |  |
| testosteron |  |  |  |
| 25(OH)D \* |  |  |  |
| PTH |  |  |  |

**Uwaga: \*- pole wymagane**

10. **Wyniki innych badań dodatkowych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktualne wyniki badań** | Wartość | Jednostki | Zakres norm |
| Na\* |  |  |  |
| K\* |  |  |  |
| Cl |  |  |  |
| glukoza |  |  |  |
| Ca\* |  |  |  |
| fosforany |  |  |  |
| HbA1c\* |  |  |  |
| ALAT |  |  |  |
| kreatynina |  |  |  |
| mocznik |  |  |  |
| kwas moczowy |  |  |  |

**Uwaga: \*- pole wymagane**

**Lipidogram,** data .......................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Badanie | Wartość | jednostki | zakres normy dla danego pacjenta |
| Cholesterol całkowity |  | mg/dl |  |
| Frakcja LDL - cholesterolu |  | mg/dl |  |
| Frakcja HDL - cholesterolu |  | mg/dl |  |
| Triglicerydy |  | mg/dl |  |

**Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii**

data ...............................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Punkt czasowy | 0’ | 30’ | 60’ | 90’ | 120’ | jedn. |
| Glikemia |  |  |  |  |  |  |
| Insulinemia |  |  |  |  |  |  |

**Badanie densytometryczne,** (badanie musi być wykonane w co najmniej 2 lokalizacjach):

data .....................................

Metoda:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj badania | BMD | T-score | Z-score | Uwagi |
| odcinek lędźwiowy L1-L4 (Spine) |  |  |  |  |
| szyjka kości udowej (femur total) |  |  |  |  |
| badanie kośćca całego ciała (total body) |  |  |  |  |

Inne badania:

Ocena składu masy ciała, data ........................ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Elektrokardiogram spoczynkowy, data ........................ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Próba wysiłkowa, data ........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Badanie echokardiograficzne, data ........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Badanie MR lub badanie TK wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy NIE / TAK,

jeśli TAK, data ........................ opis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Badanie dna oka wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy NIE / TAK,

jeśli TAK, data ........................ opis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Badanie USG jamy brzusznej wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy NIE / TAK,

jeśli TAK, data ........................ opis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne badania NIE / TAK, jeśli tak należy wskazać badanie oraz podać opis:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

11. **Czy kiedykolwiek wcześniej stosowano terapię substytucyjną rhGH?**

NIE / TAK , jeśli tak,

czy w dzieciństwie (childhood-onset GHD)? NIE / TAK

czy po ukończeniu 18 rż (adult-onset GHD)? NIE / TAK

Jeśli w dzieciństwie:

Data rozpoczęcia leczenia rhGH ........................ rok

Data zaprzestania leczenia rhGH ........................ rok

Czy wystąpiły powikłania podczas leczenia rhGH? NIE / TAK

Jeśli tak, wymień ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jeśli po ukończeniu 18 roku życia:

Początek leczenia ........................ miesiąc – rok

Czy pacjent nadal jest leczony? NIE / TAK

Jeśli nie, podaj datę ostatniej iniekcji ........................ miesiąc – rok

Jeśli tak, podaj dokładną datę rozpoczęcia obecnego okresu leczenia ........................ dzień – miesiąc – rok

Czy wystąpiły powikłania podczas leczenia rhGH? NIE / TAK

Jeśli tak, opisz ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

12. **Wymień leki aktualnie stosowane przez pacjenta:**

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

nazwa leku …………..…..…. dawka ………….. początek stosowania ........................ m-r

13. **Uwagi:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Jednostka wypełniająca wniosek: Data wystawienia wniosku: ........................

Pełna nazwa: ……………………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………...

Telefon/fax: ……………………………………………………………………………………..

**Lekarz wystawiający wniosek:**

Imię i nazwisko

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………………………

Podpis i pieczątka

**Kierownik/Ordynator jednostki wystawiającej wniosek:**

Podpis i pieczątka

*Ważne!*

*Wniosek nie będzie rozpatrywany w przypadku braku następujących aktualnych wyników badań (jako aktualne rozumie się wynik z datą do roku wstecz):*

1. *u pacjentów < 18 rż. – aktualnej oceny wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej.*

2. *Stężenia IGF-1, sodu, potasu, wapnia, 25(OH)D,*

3. *Stężenia TSH i FT4, oraz estradiolu u kobiet stosujących substytucję w zakresie hormonów płciowych*

4. *Kortyzolu w godzinach porannych lub 2 godziny po podaniu porannej dawki leku w przypadku leczenia substytucyjnego preparatem hydrocortison.*

5. *Wyniku lipidogramu,*

6. *Wyniku OGTT z oceną insulinooporności, co najmniej punkt 0’ i 120’ lub poziomu Hba1c jeśli są przeciwwskazania do OGTT,*

7. *Badania DXA odcinka lędźwiowego kręgosłupa oraz całego ciała (total body)*

8. *Testów stymulacyjnych na wydzielanie GH wg zaleceń:*

*AO-GHD*

1. *dla rozpoznania izolowanego GHD konieczne jest wykonanie 2 różnych testów stymulacyjnych na wydzielanie GH, najlepiej test po podaniu insuliny oraz test po podaniu GHRH+argininy*

2. *dla rozpoznania wielohormonalnej niedoczynności przysadki konieczne jest wykonanie 1 testu stymulacyjnego na wydzielanie GH (zaleca się test stymulacyjny po podaniu insuliny)*

3. *w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki dotyczącej co najmniej 3 innych niż GH hormonów przysadki, można odstąpić od wykonania testów stymulacyjnych i wskazaniem do przyznania terapii jest obniżone stężenie IGF-1.*

*CO-GHD*

1. *dla rozpoznania izolowanego GHD konieczne jest wykonanie 2 różnych testów stymulacyjnych na wydzielanie GH, najlepiej test po podaniu insuliny oraz test po podaniu GHRH+argininy*

2. *dla rozpoznania wielohomonalnej niedoczynności przysadki konieczne jest wykonanie 1 testu stymulacyjnego na wydzielanie GH (zaleca się test stymulacyjny po podaniu insuliny)*

3. *w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki dotyczącej co najmniej 3 innych niż GH hormonów przysadki, z niedoborem co najmniej 3 innych hormonów przedniego płata przysadki, z potwierdzonymi mutacjami genów kodujących czynniki transkrypcyjne np. POUF1 (Pit-1), PROP-1, HESX-1, LHX-3 i LHX-4, z mutacjami prowadzącymi do izolowanego GHD (np. genu GH-1, czy genu receptora GHRH) oraz w przypadku zmian organicznych w okolicy podwzgórzowo-przysadkowej za wyjątkiem izolowanej ektopii tylnego płata przysadki lub hipoplazji płata przedniego można odstąpić od wykonania testów stymulacyjnych i wskazaniem do przyznania terapii jest obniżone stężenie IGF-1.*

**Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

▪ w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | *Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)* |
| Data | *Podpis lekarza* |

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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 - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.