*Załącznik nr 9 do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. nr 23/2018/DAiS*

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy………………………………………(obowiązkowe)

PESEL świadczeniobiorcy………………………………………(obowiązkowe)

Nr telefonu komórkowego/stacjonarnego: ……………………. (obowiązkowe/wymiennie)\*

Adres e-mail: …………………………………….. (obowiązkowe/wymiennie)\*

**ZGODA**

**ŚWIADCZENIOBIORCY NA UDZIAŁ**

**W PROGRAMIE PILOTAŻOWYM POZ PLUS**

**REALIZOWANYM PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

Wyrażam zgodę na:

1. przetwarzanie moich danych osobowych, w tym moich danych o stanie zdrowia przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ulicy Grójeckiej 186, w celu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach programu pilotażowego POZ PLUS;
2. udostępnienie ww. danych (zanonimizowanych) podmiotom współpracującym z Narodowym Funduszem Zdrowia (w szczególności Bankowi Światowemu) w celu analizowania i monitorowania skuteczności programu pilotażowego POZ PLUS;
3. udostępnienie moich danych osobowych, w tym moich danych o stanie zdrowia przetwarzanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w związku z realizacją zadań określonych przepisami prawa, świadczeniodawcy udzielającemu mi świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego POZ PLUS.

Przyjmuję do wiadomości, że posiadam prawo dostępu do treści dotyczących mnie danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również, że podanie przeze mnie danych osobowych w związku z udziałem w programie POZ PLUS jest dobrowolne.

*…….……………………………………………………….*

*Miejscowość i data, czytelny podpis Świadczeniobiorcy*

*\*Świadczeniodawca musi udostępnić co najmniej jedną z wymienionych możliwości kontaktu.*