

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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.*