

.....
Oznaczenie podmiotu*

**KARTA WŁĄCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY
DO PROGRAMU LEKOWEGO**

.....
(nazwa programu lekowego)

1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że świadczeniobiorca PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(imię i nazwisko)

spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego.

Leczenie świadczeniobiorcy w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia

.....
(nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, nr prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis)

2. Oświadczenie pacjenta

Po zapoznaniu się z opisem ww. programu lekowego oraz z informacjami na temat skuteczności i bezpieczeństwa substancji czynnej:.....wyrażam zgodę na leczenie w programie lekowym na zasadach określonych w jego opisie.

.....
(miejscowość, data, podpis świadczeniobiorcy)

*Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego, zobowiązany jest do stosowania przepisów 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.