

Radom, dnia

Uprawniony:

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

.....
(stanowisko)

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
na przetwarzanie danych osobowych
złożone w związku z wykonaniem szczepień przeciwko COVID-19 finansowanych przez Narodowy
Fundusz Zdrowia**

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a), art. 9 ust. 2 lit. a) oraz art. 7 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), wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu, moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imię i nazwisko, numer PESEL, informacje o wykonywaniu zawodu medycznego, informacje o miejscu pracy oraz udostępnianie tych danych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, Centrum e-Zdrowie, Ministerstwu Zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień, w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko chorobie wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (COVID-19).

Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że przysługuje mi prawo dostępu do moich danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w każdym czasie.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Informacja dodatkowa:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. Inspektorem ochrony danych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym sp. z o.o. z siedzibą w Radomiu jest Pani Paulina Gierczak, e-mail: paulina.gierczak@wss.com.pl, tel: 48 361 48 67.

Dane osobowe osoby uprawnionej pozyskiwane są bezpośrednio od niej w związku z jej dobrowolnym przystąpieniem i udziałem do programu, w ramach którego wykonywane są szczepienia ochronne przeciwko COVID-19.

W związku z faktem, iż szczepienia finansowane są przez Narodowy Fundusz Zdrowia przetwarzanie ww. danych niezbędne jest do realizacji celu jakim jest rozliczenie finansowe z NFZ oraz w celu realizacji procesu organizacji i realizacji szczepień.

Dane udostępnił NFZ, Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz podmiotom uczestniczącym w procesie organizacji i realizacji szczepień w celu realizacji tego procesu, o czym informuje się uprawnionego. Osoba uprawniona ma prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Nie wpłynie to jednak na zgodność z prawem przetwarzania w okresie od momentu wyrażenia zgody do chwili jej wycofania. Oświadczenie uprawnionego załączone zostanie do jego dokumentacji medycznej gdzie będzie przechowywane.

Administrator uprawniony jest do przetwarzania wyłącznie takich kategorii danych, które zostały przez Pana/Panią dobrowolnie podane w niniejszym Oświadczeniu.

Podanie danych osobowych jest całkowicie dobrowolne, ale jednocześnie niezbędne, aby uzyskać szczepienie przeciwko COVID-19.

Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.