**Oświadczenie o zapoznaniu się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Fundusz**

Nr umowy: ….....….………………….…..

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 09 miejscowość, data

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

**Numer identyfikacyjny apteki: 09R/20**

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych[[1]](#footnote-1).

……………………………………………………

Podpis/y i pieczęć

Osoby reprezentującej wnioskującego

……………………………………………………

Podpis/y i pieczęć

Kierownika apteki/ punktu aptecznego

1. Administratorem Danych Osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa NFZ. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych NFZ w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanym powyżej celu Wnioskodawcy przysługuje prawo do: dostępu; sprostowania; usunięcia (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia; sprzeciwu (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody); wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Każdy wniosek dotyczący realizacji z ww. praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez NFZ dostępna jest w siedzibach Oddziału oraz pod adresem: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/. [↑](#footnote-ref-1)