

Nr umowy:

.....
miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 09

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki: 09R/20

Pełnomocnictwo

Upoważniam Panią/Pana
(imię i nazwisko)

PESEL: legitymującą/ego się dowodem osobistym
(seria i numer dowodu osobistego)

do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny (podpisywania zbiorczych zestawień refundacyjnych po stronie właściciela / podpisywania aneksów do umowy po stronie właściciela¹) w trakcie trwania umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Rzeszowie, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów.

Pełnomocnictwo obowiązuje do odwołania.

.....
(podpis i pieczęć udzielającego pełnomocnictwa)

Wzór podpisu i parafy osoby obejmującej pełnomocnictwo:

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczącą realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych².

.....
(podpis osoby obejmującej pełnomocnictwo)

²Administratorem 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/.