

Wniosek nr

z dnia

do Narodowego Funduszu Zdrowia

o wydanie upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień
Świadczeniobiorców

A. Identyfikacja składającego wniosek

Reprezentując podmiot:

.....
.....

(nazwa*)

o numerze identyfikacyjnym **

składam wniosek o wydanie upoważnienia do korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (usługa Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców).

- B. Zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. poz. 1000 z późn. zm), a także zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych.

Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych, o których mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), pozyskiwanych ze zbiorów danych przetwarzanych w Narodowym Funduszu Zdrowia, a także do nieprzekazywania tych danych nieuprawnionym osobom trzecim, pod rygorem utraty upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców.

*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.): imię i nazwisko.

**w przypadku: 1) świadczeniodawcy: numer identyfikacyjny świadczeniodawcy;
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.): nr PESEL.

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
.....miejsowość, dnia

egz. nr

.....

UPOWAŻNIENIE

nr

dotyczące: korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców

Upoważniam podmiot:

.....
.....

(nazwa*)

o numerze identyfikacyjnym **

do:

- korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (usługa Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców),
- upoważniania do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców osób, którym powierzane jest wykonywanie zadań w zakresie występowania w imieniu podmiotu do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

.....
.....
pieczęć i podpis

*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.) imię i nazwisko.

**w przypadku: 1) świadczeniodawcy: numer identyfikacyjny świadczeniodawcy;
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.): nr PESEL.

-WZÓR-

.....
.....
miejsowość, dnia

OŚWIADCZENIE

W związku z upoważnieniem mnie przez podmiot:

.....
.....

(nazwa*)

do korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (usługa Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców) oświadczam, że:

- zobowiązuję się do przestrzegania przepisów dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych, w szczególności 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. poz. 1000 z późn. zm.);
- zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy i nieujawniania danych, o których mowa w art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), pozyskiwanych ze zbiorów danych przetwarzanych w Narodowym Funduszu Zdrowia, a także do nieprzekazywania tych danych nieuprawnionym osobom trzecim.

.....
.....
PESEL osoby składającej
oświadczenie

.....
.....
czytelny podpis osoby składającej
oświadczenie

*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;
2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.): imię i nazwisko.

-WZÓR-

.....
pieczęć podmiotu

.....
miejsowość, dnia

UPOWAŻNIENIE

nr

dotyczące: korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców

Upoważniam Panią/Pana

.....
.....
(imię i nazwisko)

.....
.....
(nr PESEL)

do występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń przy wykorzystaniu usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2017 r. poz. 570, z późn. zm.), (usługa Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców).

.....
.....
czytelny podpis i pieczęć osoby reprezentującej podmiot

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 *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), informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z upoważnienia którego działa dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia: IOD@nfz.gov.pl.

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe mogą być przekazywane do państwa trzeciego na podstawie obowiązujących przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym

i archiwach (Dz.U. z 2018 r. poz. 217).

Podanie przez Pana/i danych osobowych związane jest z wymogiem ustawowym wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych

(o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.