| Imię i nazwisko Wnioskodawcy / Przedstawiciela ustawowego: |
| --- |
| Dane kontaktowe: |

| Data: |  |
| --- | --- |
| Adresat: | Świętokrzyski Odział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach |

# Wniosek o zapewnienie dostępności w Świętokrzyski Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ)

Zaznacz, czy wnioskujesz jako:

**□** osoba za szczególnymi potrzebami

**□** przedstawiciel ustawowy osoby ze szczególnymi potrzebami

**Wnoszę o zapewnienie dostępności architektonicznej, informacyjno-komunikacyjnej:**

Bariera utrudniająca lub uniemożliwiająca dostępność to:

Proszę o zapewnienie dostępności przez:

# Alternatywny sposób dostępu (jeżeli dotyczy):

Zaproponuj alternatywny sposób zapewnienia dostępności.

**W sprawie wniosku można się ze mną kontaktować:**

* listownie: (podaj adres do korespondencji)
* e-mailem: (podaj adres e-mail)
* telefonicznie: (podaj numer telefonu)
* inna forma:

**Podstawa prawna:**

Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2020 poz. 1063).

Podpis Wnioskodawcy:

Klauzula informacyjnadotycząca przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych.

Zgodnie z Rozporządzeniem 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, RODO), podajemy następujące informacje:

**Administratorem Danych Osobowych** jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym może się Pani/Pan kontaktować w następujący sposób:

* listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30
* za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrala/SkrytkaESP
* e-mailem: [sekretariat.gpf@nfz.gov.pl](mailto:sekretariat.gpf@nfz.gov.pl)

**Inspektor Ochrony Danych**

Prezes NFZ wyznaczył Inspektora Ochrony Danych do kontaktu z Panią/Panem w sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz realizacji praw związanych z przetwarzaniem danych, z którym można kontaktować w następujący sposób:

* listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30
* za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrala/SkrytkaESP
* e-mailem: [iod@nfz.gov.pl](mailto:iod@nfz.gov.pl)

**Cel i podstawa przetwarzania**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych

i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (w tym prowadzenia postępowań administracyjnych oraz rozpatrywania spraw w związku z wnioskami o udostępnienie informacji publicznej, petycjami, skargami

i wnioskami). Pani/Pana dane mogą być również przetwarzane w związku z funkcjonowaniem serwisów internetowych Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z Politykami prywatności i cookies. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest w szczególności:

* Rozporządzenie 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, w tym:
  + art. 6 ust. 1 lit. a),b), c), e) i f) oraz art. 9 ust. 2 lit. f),g),h), i)RODO;
  + ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
  + ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
  + ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;
  + ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego;
  + ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
  + ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
  + ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości;
  + ustawa z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji;
  + ustawa z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
  + ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach;
  + ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**Odbiorcy danych osobowych**

W sytuacji, gdy Narodowy Fundusz Zdrowia okaże się niewłaściwym do rozpatrzenia sprawy, Pani/Pana dane zostaną przekazane do podmiotu właściwego do jej rozpatrzenia, zgodnie z przepisami prawa powszechnie obowiązującego.

Petycja może zawierać zgodę na ujawnienie na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia Pani/Pana danych osobowych lub danych osobowych podmiotu, w imieniu którego Pani/Pan składa petycję. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na postawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom, z którymi Administrator Danych Osobowych zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. podmiotom świadczącym usługi w zakresie systemów informatycznych/oprogramowania oraz operatorom

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

**Okres przechowywania danych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań, celów przetwarzania danych osobowych, dochodzenia roszczeń, obrony przez roszczeniami oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

**Prawa osób, których dane dotyczą**

W odniesieniu do danych przetwarzanych we wskazanych powyżej celach, Wnioskodawcy przysługuje prawo do:

* dostępu do treści swoich danych osobowych;
* sprostowania danych osobowych;
* usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje);
* ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje);
* 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;
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

**Informacja o wymogu podania danych**

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obligatoryjne na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego (w tym w szczególności ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego), określających również sposób postępowania w przypadku ich niepodania. Niepodanie przez Panią/Pana danych osobowych może wpływać na rozstrzygnięcie sprawy.

**Informacja w zakresie zautomatyzowanego podejmowania decyzji oraz profilowania**

Pani/Pana dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.

**Pozostałe informacje**

Narodowy Fundusz Zdrowia przetwarza dane osobowe zgodnie z RODO oraz przepisami prawa powszechnie obowiązującego, w tym z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określających źródło oraz zakres przetwarzanych danych osobowych m. in. ubezpieczonych, nieubezpieczonych, świadczeniobiorców, świadczeniodawców, wykazanego personelu w ofertach oraz w związku z realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, personelu apteki/punktu aptecznego, osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu, osób wystawiających recepty na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, osób wystawiających zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne, osób ubiegających się o nadanie dostępu lub korzystających z aplikacji udostępnianych przez Fundusz w celu korzystania z usług informatycznych i komunikacji z Funduszem.

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że w dniu dzisiejszym zapoznałem(am) się z treścią KLAUZULI INFORMACYJNEJ DOTYCZĄCEJ PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ŚWIĘTOKRZYSKIM ODDZIALE WOJEWÓDZKIM NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość, data |  | Czytelny podpis |
|  |  |  |