

Przetwarzanie danych osobowych uczestników Programu
Oświadczenie:

Ja niżej **podpisany/podpisana*** oświadczam, że **zostałem/zostałam*** **poinformowany/poinformowana*** o obowiązku podania moich danych osobowych związanym z uczestnictwem w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”. Oświadczam, że **zostałem/zostałam*** **również poinformowany/poinformowana***, o tym, że moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883, z późn. zm.), w celach medycznych oraz statystycznych związanych z udziałem w tym programie przez realizatora Programu - **GAMETA GDYNIA Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**, 81-369 Gdynia, ul. Hieronima Derdowskiego 7, NIP 586 224 56 82, a także pracowników Ministerstwa Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych gromadzonych w ramach Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji.

.....
imię i nazwisko

.....
adres miejsca zamieszkania

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do udziału w Programie lub opiekuna

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych **zostałem/zostałam* poinformowany/poinformowana***, że:

- administratorem danych Programu będzie Minister Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15 w Warszawie, kod pocztowy: 00-952;
- podmiotem przetwarzającym dane osobowe na zlecenie, na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, będzie Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia z siedzibą przy ul. Stanisława Dubois 5A w Warszawie, kod pocztowy: 00-184;
- dane osobowe przetwarzane będą w celach medycznych oraz statystycznych związanych z udziałem w Programie i będą w tym celu poddawane dalszemu przetwarzaniu przez podmioty, będące realizatorami Programu;
- przekazanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do wzięcia udziału w Programie, jak również, że przysługuje mi prawo do dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
miejsowość

.....
data

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do udziału w Programie lub opiekuna

* Niepotrzebne skreślić