

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 - **"CENTRUM ZDROWIA KIELCE" sp. z o.o.**, 25-310 Kielce, ul. Tadeusza Kościuszki 11, NIP 657 285 00 10, 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