

WNIOSEK O DOFINANSOWANIE SZCZEPIENIA OCHRONNEGO

Imię i nazwisko seniora lekarza/seniora lekarza dentystry

Numer PWZ

.....

Aktualny adres zamieszkania/województwo/powiat/gmina

.....

Telefon

E-mail

.....

Specjalizacja

właściwy Urząd Skarbowy

.....

Nazwa banku i numer rachunku bankowego

.....

Nazwa preparatu

Data szczepienia

Koszt szczepionki

.....

.....

.....

Koszt łączny:

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku otrzymania refundacji otrzymam dokument PIT-11, który zostanie przesłany na podany we wniosku adres e-mail.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych w związku z wypłatą refundacji z tytułu realizacji programu „Szczepienia w OIL WAW”.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że administratorem danych osobowych jest Okręgowa Rada Lekarska Warszawskiej Izby Lekarskiej z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 18.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że dane osobowe przetwarzane będą w celu wypłaty refundacji w ramach programu „Szczepienia w OIL WAW” oraz że mam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak brak wyrażenia zgody na ich przetwarzanie jest równoznaczne z wycofaniem wniosku o refundację.

.....

(data)

(czytelny podpis i pieczęć)

Załączniki:

- kserokopie dokumentów finansowych (paragon lub faktura) potwierdzające zakup szczepionki wraz z zaświadczeniem lekarskim lub inne dokumenty poświadczające przyjęcie szczepionki

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych określonych w aktualnie obowiązujących regulaminach wewnętrznych, w celu: rozpatrzenia wniosku o refundację kosztów szczepionki przeciwko meningokokom w ramach programu „Szczepienia w OIL WAW” przez Okręgową Izbę Lekarską w Warszawie.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 18, którą reprezentuje Prezes.
- 2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – tel. 22 54 28 337, email: iod@oilwaw.org.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą dla potrzeb rozpatrzenia złożonego wniosku - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz wewnętrznych, aktualnie obowiązujących regulaminów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.
- 4) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, operatorzy pocztowi i kurierzy, firmy wspierające obsługę informatyczną oraz świadczące usługi archiwizacyjne.
- 5) Posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie.
- 6) Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 7) Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
- 8) Administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym.
- 9) Administrator podejmuje czynności związane ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, tj. o profilowaniu w celu przesyłania informacji do skonkretyzowanych specjalności lekarskich, za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

.....
(Czytelny podpis)