



Załącznik nr 5
do umowy

....., dnia.....
(miejscowość)

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE

„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Białe Błota w wieku powyżej 65 lat realizowany w latach 2020-2025”

Ja niżej podpisana/podpisany.....

zam.

numer telefonu*

1. Zostałam/em poinformowana/y o przeciwwskazaniach do wykonania szczepienia, dających się przewidzieć następstwach i powikłaniach, zwiększeniu ryzyka zdrowotnego w przypadku niewykonania szczepienia, możliwości wystąpienia negatywnego odczynu poszczepiennego, który może powstać mimo prawidłowego wykonania szczepienia. Udzieliłem pełnych i prawdziwych odpowiedzi na pytania, które lekarz zadawał mi w trakcie wywiadu lekarskiego odnośnie stanu zdrowia, przyjmowanych leków, oraz przebytych urazów i zabiegów. Oświadczam, że podczas przeprowadzonego ze mną wywiadu oraz badania lekarskiego nie zataiłam / nie zataiłem istotnych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia. Informacja przekazana mi przez lekarza była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z lekarzem miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i wyrażam zgodę na wykonanie szczepienia przeciw grypie.
2. Zgodnie z art. 7 w zw. z art. 9 ust. 2 lit. a 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) (dalej: RODO), oświadczam, że wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w procesie udzielania świadczenia zdrowotnego przez jako administratora tych danych, w celu udokumentowania udzielenia przeze mnie zgody na udział w programie polityki zdrowotnej. Podaję dane osobowe dobrowolnie i świadomie. Oświadczam, że są one zgodne z prawdą oraz, że zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie, jasnym i prostym językiem.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany o treści art. 13 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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1 z późn. zm.) i przyjmuję do wiadomości że, administratorem danych osobowych wnioskodawcy jest z główną siedzibą której przedstawicielem jest Dane osobowe mogą być

przetwarzane zgodnie z art..... RODO tj. na podstawie w celu realizacji wniosku i wykonania usługi szczepienia. Dane osobowe w postaci imienia , nazwiska, adresu zamieszkania i wieku mogą być udostępnione organowi prowadzącemu program profilaktyki zdrowotnej w celu weryfikacji udzielanego świadczenia. Pytania w zakresie spraw związanych z ochroną danych osobowych należy kierować do na adres e-mail: Pozostałe informacje w zakresie przetwarzania danych osobowych można uzyskać na

* pole nieobowiązkowe

.....

(czytelny podpis)