

.....
Nazwa Apteki

.....
miejsowość dnia

.....
ID Apteki

.....
Adres Apteki

.....
Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
Oddział Wojewódzki w

Działając w imieniu podmiotu.....zgłaszam udział do szczepień przeciwko GRYPIE apteki ogólnodostępnej położonej w

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania szczepień ochronnych przeciwko GRYPIE w szczególności z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020 r. poz. 1845, z późn. zm) oraz założeniami i wymaganiami organizacji i realizacji szczepień stanowiącymi załącznik do niniejszego oświadczenia, które zostały określone w ogłoszeniu oraz akceptuję je bez zastrzeżeń;

(Proszę o dokonanie wyboru właściwego oświadczenia poprzez postawienie w kwadracie przy właściwym oświadczeniu znaku „X”)

- 2a. Oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w aptece ogólnodostępnej, która posiada ważne zezwolenie na prowadzenie działalności i spełnia wszystkie wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki z dnia 26 września 2002 r. (Dz.U. Nr 161, poz. 1338 ze zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki z dnia 30 września 2002 r. (Dz.U. nr 171, poz. 1395 ze zm.).

2b. Zgodnie z warunkami ustalonymi w komunikacie Ministra Zdrowia opublikowanym w dniu 16 lipca 2021r.¹, oświadczam, że szczepienia będą wykonywane w aptece, która posiada ważne zezwolenie na prowadzenie działalności i spełnia wymagania określone w § 6 ust. 5 oraz § 8 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz.U. z 2002, Nr 171, poz.1395, z późn. zm.).

Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji i realizacji procesu szczepień przeciwko GRYPIE. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia można znaleźć na stronie internetowej <https://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/>

Ja, niżej podpisany, administrator systemu informatycznego, dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie: imienia, nazwiska, numeru PESEL, nazwy i adresu miejsca zatrudnienia, numeru telefonu, adresu poczty elektronicznej przez Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia w celu obsługi, organizacji i realizacji procesu szczepień przeciw GRYPIE.

Podpis elektroniczny

¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-stosowania-art-86-ust-8a-ustawy-z-dnia-6-wrzesnia-2001-r-prawo-farmaceutyczne-tj-dzu-z-2021-poz-974-z-poznm>