

.....
Nazwa Apteki

.....
miejscowość, dnia

.....
ID Apteki

.....
Adres Apteki

.....
Imię nazwisko osoby składającej oświadczenie

Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
Oddział Wojewódzki w

.....
Działając w imieniu podmiotu.....zgłaszam udział
do wykonywania testów antygenowy w kierunku SARS-CoV-2 apteki ogólnodostępnej położonej w

-
1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z przepisami prawa dotyczącymi wykonywania testów antygenowy w kierunku SARS-CoV-2 w aptecę ogólnodostępnej;
 2. Oświadczam, że testy będą wykonywane w aptecę 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.).

Klauzula dotycząca przetwarzania danych osobowych

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że dane osobowe będą przetwarzane w celu organizacji i realizacji procesu wykonywania testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2. 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 wykonywania testu antygenowego w kierunku SARS-CoV-2

Podpis elektroniczny