

ZGODA NA UCZESTNICTWO W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn.

„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2021-2023”

INFORMACJE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	
DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PRZYJMUJĄCEGO OŚWIADCZENIE	
<p>Informuję, że uczestnicze/uczestnikowi Programu przekazano informacje na temat zakresu działań i procedur realizowanych w ramach Programu oraz zasad uczestnictwa w Programie.</p>	
<p>Poznań,</p>	
<p>..... Podpis i pieczętka Realizatora</p>	

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU (wypełnia uczestniczka/uczestnik)	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
ZAKRES PROGRAMU	
<p>Program zapewnia możliwość skorzystania z procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość osobom chorującym na nowotwory złośliwe, u których zidentyfikowano ryzyko niepłodności z powodu choroby lub jako skutek terapii przeciwnowotworowej. W ramach miejskiego Programu, po pozytywnej kwalifikacji formalnej i medycznej, osoby zakwalifikowane do programu polityki zdrowotnej mogą skorzystać z dofinansowania do procedury zabezpieczenia płodności na przyszłość. Osoby zainteresowane uczestnictwem w programie muszą spełniać następujące warunki:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wiek mieści się w przedziale 18-40 lat wg rocznika urodzenia • składają zeznanie podatkowe i rozliczają się we właściwym dla miasta Poznania urzędzie skarbowym • są mieszkańcami Poznania przez okres minimum 12 miesięcy poprzedzający dzień złożenia oświadczenia • spełniają ustawowe warunki podjęcia terapii metodą zabezpieczenia płodności na przyszłość 	

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

(należy zaznaczyć właściwe)

Przystępując do udziału w Programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Rady Miasta Poznania z dnia w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2021-2023”, ja niżej podpisana(y):

- oświadczam, że zapoznałam(-em) się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;
- oświadczam, że uzyskałam(-em) u Realizatora informacje dotyczące Programu oraz otrzymałam(-em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania
- oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę na udział w dalszej części Programu bez podania przyczyny
- oświadczam, że przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw
- oświadczam, że zamieszkuję na terenie Poznania i rozliczam się z podatku we właściwym dla miasta Poznania urzędzie skarbowym

Poznań,

.....
Podpis uczestniczki/uczestnika Programu

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Przystępując do udziału w Programie pn. „Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2021-2023”, przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest Realizator programu polityki zdrowotnej, tj.
- 2) dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora;
- 3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 4) osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 5) mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedur przewidzianych w Programie
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną Administratora, podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa.

Poznań,

.....
Podpis uczestniczki/uczestnika Programu