

UWAGA: PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI OBYDWIE STRONY

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię		Nazwisko		Data urodzenia		PESEL									
Adres zamieszkania															
Kod poczt.	Poczta	Miejscowość	Gmina	Ulica		Nr domu	Nr lokalu								
Miejsce zatrudnienia				Nr ewidencyjny											
Adres mailowy				Nr telefonu											

FUNDACJA OCHRONY ZDROWIA w Dąbrowie Górniczej

Wniosek

Zwracam się z prośbą o udzielenie mi pomocy w zakresie wykonania i pokrycia kosztu badań profilaktycznych

Data:	Podpis wnioskodawcy
--------------	----------------------------

Oświadczam, że:

- przedłożone w niniejszym Wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym;
- przyjmuję do wiadomości, że w celu weryfikacji podanych danych Fundacja Ochrony Zdrowia może zażądać niezwłocznego dostarczenia dokumentów potwierdzających stan faktyczny podany we Wniosku, a otrzymana pomoc rzeczowo-finansowa zostanie wykorzystana wyłącznie dla własnych potrzeb.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany / zostałam poinformowana, że nieodpłatne świadczenie stanowi mój przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych. Jego wysokość zostanie uwzględniona w informacji PIT-8C (informacja o wypłaconych stypendiach, o przychodach z innych źródeł oraz niektórych dochodach pieniężnych), która zostanie wystawiona przez fundację po zakończeniu roku kalendarzowego.

Data	Czytelny podpis wnioskodawcy
-------------	-------------------------------------

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Dane osobowe Wnioskodawcy oraz członków jego rodziny przetwarzane będą przez Fundację Ochrony Zdrowia pod adresem: al. J. Piłsudskiego 92, 41-308 Dąbrowa Górnicza (Administradora) dla celów niezbędnych do udzielenia pomocy w zakresie ochrony zdrowia tj. w ramach refundacji poniesionych kosztów zakupu leków, badań, sprzętu i usług rehabilitacyjnych, wykonania i pokrycia kosztów badań profilaktycznych, koordynacji działań w udzieleniu świadczeń medycznych, a także w celach statystycznych, finansowych i informacyjnych dot. zasad refundacji i organizowanych akcji badań profilaktycznych.

Przetwarzanie danych osobowych Wnioskodawców obejmuje: imię, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, miejsce zatrudnienia i numer ew., nr konta bankowego *(tylko w przypadku refundacji poniesionych kosztów), adres mailowy, nr telefonu, informację o wynikach badań profilaktycznych w celach statystycznych, informację o stanie zdrowia, a także danych osobowych członków rodziny w zakresie: imię, nazwisko, PESEL, nr telefonu, adres zamieszkania, informacja o wynikach badań profilaktycznych w celach statystycznych, informacja o stanie zdrowia.

Dane osobowe określone powyżej, zwłaszcza dane o stanie zdrowia podlegają będą pełnej ochronie i będą one przetwarzane (tzn. m.in. zbierane, przechowywane, zapisywane, przeglądane) przez Administratora na podstawie niniejszej zgody (począwszy od 25 maja 2018 r. także na podstawie art. 6 ust 1 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 danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE).

Wyrażam zgodę na udostępnienie dostawcy usług np. informatycznych lub medycznych na rzecz Fundacji Ochrony Zdrowia danych osobowych moich oraz członków rodziny w zakresie: imię i nazwisko, data urodzenia, numer PESEL, adres mailowy, nr telefonu, adres zamieszkania, miejsce zatrudnienia i numer ewidencyjny, a do organów Fundacji Ochrony Zdrowia tj. np. Rady Fundacji oraz Zgromadzenia Fundatorów informacji statystycznych, finansowych, kontrolnych.

Pamiętaj, że masz prawo do wglądu do danych osobowych oraz możliwość ich poprawiania lub żądania ich usunięcia (po upływie 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wniosek został złożony), a począwszy od 25 maja 2018 r. - masz prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania, przeniesienia danych osobowych oraz prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Zasady korzystania z tych praw określają przepisy prawa. Możesz cofnąć udzieloną już zgodę lub zgody w każdym momencie poprzez przesłanie wiadomości email lub listu na adresy wskazane poniżej. Pamiętaj, że cofnięcie przez Ciebie zgody na przetwarzanie danych pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie takiej zgody przed jej cofnięciem, a zgoda jest konieczna do wykonywania działalności przez Administratora i jej cofnięcie spowoduje brak możliwości udzielenia pomocy w zakresie ochrony zdrowia w stosunku do Ciebie i członków Twojej rodziny.

Dane osobowe objęte niniejszym formularzem będą przetwarzane przez okres 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym został złożony wniosek.

We wszelkich sprawach dotyczących danych osobowych, w tym w celu skorzystania z powyżej opisanych praw należy skontaktować się z Administratorem listownie na adres Fundacja Ochrony Zdrowia w Dąbrowie Górniczej, ul. Piłsudskiego 92, 41-308 Dąbrowa Górnicza lub za pomocą e – maila na adres sekretariat@fundacja-dabrowa.pl

Data	Czytelny podpis wnioskodawcy
------	------------------------------

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Ochrony Zdrowia moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, adresu do korespondencji w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących oferowanych badań profilaktycznych i organizowanych akcji przez Fundację Ochrony Zdrowia za pomocą **wiadomości listownych**.

Poprzez złożenie podpisu obok wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla celów i na zasadach określonych powyżej.	Data	Czytelny podpis wnioskodawcy
---	------	------------------------------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Ochrony Zdrowia moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, adresu mailowego w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących oferowanych badań profilaktycznych i organizowanych akcji przez Fundację Ochrony Zdrowia za pomocą **wiadomości email**.

Poprzez złożenie podpisu obok wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla celów i na zasadach określonych powyżej.	Data	Czytelny podpis wnioskodawcy
---	------	------------------------------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Ochrony Zdrowia moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska, numeru telefonu komórkowego w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących oferowanych badań profilaktycznych i organizowanych akcji przez Fundację Ochrony Zdrowia za pomocą **wiadomości sms**.

Poprzez złożenie podpisu obok wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w formularzu dla celów i na zasadach określonych powyżej.	Data	Czytelny podpis wnioskodawcy
---	------	------------------------------