**Załącznik nr 1 do Porozumienia – formularz**

**PROPONOWANY WZÓR FORMULARZA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU MEDYCZNEGO ENEL-CARE: UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**I. Dane Zleceniodawcy (podmiot finansujący lub współfinansujący usługi medyczne)**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**II. Dane osób zgłaszanych do opieki w ramach indywidualnego pakietu usług medycznych finansowanych lub współfinansowanych przez Zleceniodawcę:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Data urodzenia** | **Adres zamieszkania** | **Numer telefonu** | **Adres e-mail** | **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** |
| **PRACOWNIK/**  **WSPÓŁPRACOWNIK**  **ZLECENIODAWCY** |  |  |  |  |  |  |  |
| **INNA OSOBA** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **[Basic]** indywidualny (pracownik) *opłata/mies.* …..**....... PLN**\* |  | **[Standard]** indywidualny (pracownik) *opłata/mies.* **……….. PLN**\* |
|  | **[Basic]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) *opłata/mies.* **……….. PLN**\* |  | **[Standard]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) *opłata/mies.* **……… PLN**\* |
|  | **[Basic]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) *opłata/mies.* **……….. PLN**\* |  | **[Standard]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) *opłata/mies.* **……… PLN**\* |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **[Optimum]** indywidualny (pracownik) *opłata/mies.* **……….. PLN**\* |
|  | **[Optimum]** partnerski (żona/mąż/partner/dziecko) *opłata/mies.* **……… PLN**\* |
|  | **[Optimum]** rodzinny (żona/mąż/partner/2+ dzieci) *opłata/mies.* **……… PLN**\* |

\*       Opłata może ulec zmianie wg wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanego przez GUS w MP.

**OŚWIADCZENIE NR 1 DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH:**

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Centrum Medycznemu ENEL-MED Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Słomińskiego 19 lok. 524, (dalej jako **ADO**);
2. ADO umożliwia kontakt za pomocą e-maila: [enel@enel.pl](mailto:enel@enel.pl), za pomocą telefonu: (+48) 22 431 77 01/02, drogą pocztową: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa;
3. ADO powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym mogę skontaktować się za pomocą e-maila: [iod@enel.pl](mailto:iod@enel.pl), za pomocą telefonu: (+48) 22 230 70 55, drogą pocztową: ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa;
4. dane osobowe w postaci: *imię i nazwisko, PESEL (jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość), data urodzenia, adres zamieszkania (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu), numer telefonu, adres e-mail* będą zebrane i przekazane ADO przez Zleceniodawcę;
5. moje dane osobowe będą przetwarzane przez ADO w następujących celach i w oparciu o następujące podstawy prawne:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel przetwarzania danych** | **Podstawa prawna przetwarzania danych** |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej | art. 9 ust. 2 lit h RODO[[1]](#footnote-1) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta |
| Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie procesem udzielania świadczeń | art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta |
| Zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, np. wystawianie zaświadczeń lekarskich lub zwolnień | art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta |
| Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO [[2]](#footnote-2) | art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 11 ust. 1 i art. 12 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy  art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta |
| Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO [[3]](#footnote-3) | art. 9 ust. 2 lit h RODO w związku z art. 3 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 24 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta |
| Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, co stanowi prawnie uzasadniony interes przetwarzania danych przez ADO | art. 6 ust. 1 lit. f RODO |
| Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej | art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy o rachunkowości |

1. podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem ustawowym (wynika z przepisów prawa) i jest niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych; odmowa podania danych uniemożliwi udzielenie świadczeń zdrowotnych przez ADO.
2. Moje dane osobowe będą ujawniane:
3. pracownikom/współpracownikom ADO upoważnionym do ich przetwarzania na polecenie ADO;
4. innym podmiotom leczniczym w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności świadczeń zdrowotnych;
5. podmiotom, którym ADO powierzył przetwarzanie danych osobowych, w tym:

* dostawcom usług technicznych i organizacyjnych umożliwiających udzielania przez ADO świadczeń zdrowotnych (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu medycznego);
* dostawcom usług prawnych i doradczych w przypadku dochodzenia przez ADO roszczeń związanych z prowadzona działalnością gospodarczą;
* zleceniodawcom, z którymi ADO zawarł umowy na świadczenie usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”[[4]](#footnote-4)

z zachowaniem wszelkich gwarancji zapewniających bezpieczeństwo przekazywanych danych.

1. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państw spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego (do krajów innych niż kraje Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein)
2. Moje dane będą przechowywane przez ADO przez następujący okres:

|  |  |
| --- | --- |
| **Cel przetwarzania danych** | **Okres przechowywania danych** |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym prowadzenie dokumentacji medycznej  Zapewnienie opieki zdrowotnej oraz zarządzanie procesem udzielania świadczeń  Zapewnienie zabezpieczenia społecznego oraz zarządzania systemami i usługami zabezpieczenia społecznego, np. wystawianie zaświadczeń lekarskich lub zwolnień | Okres przechowywania dokumentacji medycznej wynikający z przepisów prawa |
| Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO [[5]](#footnote-5) | Okres objęcia „Programem Medycznym ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” na podstawie umowy o świadczenie usług zawartej przez ADO ze Zleceniodawcą |
| Objęcie „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych zawartej przez Zleceniodawcę z ADO, w tym rejestracji i weryfikacji uprawnień do skorzystania z usług medycznych świadczonych przez ADO [[6]](#footnote-6) | Okres objęcia „Programem Medycznym ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” na podstawie umowy o świadczenie usług zawartej przez ADO ze Zleceniodawcą |
| Dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej | Okres przedawnienia roszczeń wynikający z przepisów prawa |
| Prowadzenie ksiąg rachunkowych i dokumentacji podatkowej | Okres przechowywania dokumentacji księgowej i podatkowej wynikający z przepisów prawa |

1. Przysługuje mi prawo dostępu do moich danych oraz ich sprostowania, gdy są one nieprawidłowe;
2. W przypadkach określonych przepisami prawa przysługuje mi prawo do żądania usunięcia danych, żądania ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
3. Wobec mojej osoby nie będą podejmowane zautomatyzowane decyzje (decyzje bez udziału człowieka), w tym moje dane nie będą podlegały profilowaniu;
4. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku gdy przy przetwarzaniu moich danych osobowych ADO narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.

Przyjmuje do wiadomości również, że:

1. Z przyczyn związanych z moją szczególną sytuacją przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych, w tym profilowania w przypadku gdy podstawą przetwarzania danych przez ADO jest:
2. niezbędność przetwarzania do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych (art. 6 ust. 1 lit. e RODO)
3. uzasadniony interes prawny ADO (art. 6 ust. 1 lit. f RODO)
4. Przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych przez ADO w celach marketingu bezpośredniego, w tym profilowania.

………………………………………………………

Data i czytelny podpis[[7]](#footnote-7)

……………………………………………………….

Data i czytelny podpis

……………………………………………………….

Data i czytelny podpis

……………………………………………………….

Data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE NR 2 – OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO**

Działając jako przedstawiciel ustawowy mojego dziecka ………………………………………………………………………………………………………………………,

*imię i nazwisko*

niniejszym przyjmuje do wiadomości, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu nr 1 – oświadczenie dotyczące danych osobowych, z którymi się zapoznałem(am) i które są mi znane mają zastosowanie również do danych osobowych mojego dziecka.

……………………………………………………….

Data i podpis przedstawiciela ustawowego

1. Rozporządzenie 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 [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” [↑](#footnote-ref-3)
4. Dotyczy tylko osób korzystających z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych”. [↑](#footnote-ref-4)
5. Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Opieka Medyczna w ramach Medycyny Pracy” [↑](#footnote-ref-5)
6. Jeśli osoba podpisująca oświadczenie korzysta z usług medycznych w ramach „Programu Medycznego ENEL-CARE: Udzielanie świadczeń zdrowotnych” [↑](#footnote-ref-6)
7. Oświadczenie podpisują wszystkie osoby zgłoszone do opieki zdrowotnej działający we własnym imieniu. Oświadczenie składane przez przedstawiciela ustawowego w imieniu zgłoszonego dziecka stanowi oświadczenie nr 2. [↑](#footnote-ref-7)