

Załącznik nr 1

**do regulamin uczestnictwa w programie zdrowotnym pn. „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”**

Przetwarzanie danych osobowych uczestników Programu  
Oświadczenie:

Ja niżej podpisany/podpisana\* oświadczam, że zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\* o obowiązku podania moich danych osobowych związanym z uczestnictwem w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”. Oświadczam, że zostałem/zostałam\* również poinformowany/poinformowana\*, o tym, że moje dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883, z późn. zm.), w celach medycznych oraz statystycznych związanych z udziałem w tym programie przez realizatora Programu  
GMW-Embryo Sp. z o.o., 45-594 Opole, ul. Obrońców Stalingradu 61,  
a także pracowników Ministerstwa Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, któremu powierzono przetwarzanie danych osobowych gromadzonych w ramach Rejestru Medycznie Wspomaganej Prokreacji

.....  
*imię i nazwisko*

.....  
*adres miejsca zamieszkania*

.....  
*miejsowość*

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis osoby zgłaszającej się  
do udziału w Programie lub opiekuna*

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych zostałem/zostałam\* poinformowany/poinformowana\*, że:

- administratorem danych Programu będzie Minister Zdrowia z siedzibą przy ul. Miodowej 15 w Warszawie, kod pocztowy: 00-952;
- podmiotem przetwarzającym dane osobowe na zlecenie, na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, będzie Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia z siedzibą przy ul. Stanisława Dubois 5A w Warszawie, kod pocztowy: 00-184;
- dane osobowe przetwarzane będą w celach medycznych oraz statystycznych związanych z udziałem w Programie i będą w tym celu poddawane dalszemu przetwarzaniu przez podmioty, będące realizatorami Programu;
- przekazanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do wzięcia udziału w Programie, jak również, że przysługuje mi prawo do dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....  
*miejsowość*

.....  
*data*

.....  
*czytelny podpis osoby zgłaszającej się  
do udziału w Programie lub opiekuna*

\* Niepotrzebne skreślić